

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 162

DU CHOC HEPATIQUE

(Étude de Sémérologie du Foie)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT BOUZOUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né à Grenoble (Isère), le 1^{er} Février 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 162

DU CHOC HEPATIQUE

(Étude de Sémérologie du Foie)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT BOUZOUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-Interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne

Né à Grenoble (Isère), le 1^{er} Février 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...	X.
Clinique des Maladies mentales.....	FOCHIER.
Physique médicale.....	GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....	PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....	MONOYER.
Parasitologie.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	FLORENCE.
Physiologie.....	LORTET.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie externe.....	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.
Médecine légale.....	TRIPPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrége
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président; M. ROQUE, Assesseur
MM. DEVIC et SIRAUD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TEISSIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

Ce n'est pas sans regrets que nous allons quitter l'internat de Saint-Etienne, où la vie est douce, exempte de soucis, où règne la camaraderie la plus franche, et où les chefs de service témoignent à leurs internes une si grande bienveillance.

Au moment d'aborder la carrière de praticien, nous tenons à remplir nos devoirs de reconnaissance envers M. le professeur Teissier, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et aussi vis-à-vis des maîtres qui ont dirigé nos études : à Lyon, M. le professeur Poncet, M. le professeur agrégé Gangolphe, MM. les Drs Colrat et Josserand, de qui nous avons suivi les services pendant notre externat ; à Saint-Etienne : MM. les Drs Duchamp, Blanc, Cénas et Roussel. A ce dernier, de qui nous avons hautement apprécié les leçons, et qui nous a inspiré ce travail, nous adressons un hommage tout spécial de gratitude.

Pendant toute la durée de nos études nous n'avons eu qu'à nous louer des conseils de M. le docteur

Porte, médecin des hôpitaux de Grenoble ; M. le docteur P. Jourdanet s'est montré pour nous un ami sincère, en même temps qu'un guide éclairé. Nous les remercions vivement l'un et l'autre.

Enfin, à tous ceux qui ont été nos compagnons d'internat, et que nous avons le regret de quitter, nous disons un adieu ému, et nous adressons à ces excellents camarades nos plus vifs remerciements pour la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée. Une mention spéciale à nos amis Tolot, Pouly, Micaud et Belbèze, à ce dernier, surtout, qui a bien voulu nous prêter son concours pour la rédaction de ce travail.

INTRODUCTION

Le procédé d'exploration du foie que nous nous proposons d'étudier, sous le nom de *choc hépatique*, est aujourd'hui signalé par la plupart des auteurs. Il était moins connu à l'époque où notre maître a commencé à le rechercher. Aussi notre travail eût-il été plus original il y a quelques années. Nous espérons, pourtant, qu'il ne sera pas tout à fait sans intérêt d'étudier, avec un peu plus de détails, l'exploration du foie par la palpation brusque.

Nous ne prétendons point que ce procédé soit toujours supérieur aux autres. Au contraire, il n'est utilisable que dans un certain nombre de circonstances. Mais, dans ces cas, il est souvent précieux à connaître, soit qu'il doive suppléer aux autres procédés impuissants à nous rendre compte du volume du foie (ascites abondantes), soit qu'il complète avantageusement ces procédés, en confirmant, dans l'esprit du clinicien, l'idée, encore vague, que le malade examiné présente un peu d'ascite.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général sur la séméiologie physique du foie.

Lorsqu'on parcourt les divers ouvrages qui se sont occupés de la séméiologie du foie, on voit que les deux seuls procédés importants auxquels on puisse avoir recours pour l'exploration de cet organe sont la percussion et la palpation ; les deux autres, l'inspection et l'auscultation, ne peuvent donner que des renseignements tout à fait accessoires, et dans quelques cas seulement. Nous ne nous occuperons donc que des deux premiers.

La percussion a été diversement appréciée par les auteurs. La plupart d'entre eux, toutefois, reconnaissent que c'est un moyen infidèle et attachent plus d'importance à la palpation.

Comme le fait remarquer Woillez (*Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation*, 1879) : « la percussion est, dans tous les cas, l'unique procédé cédé pour la constatation de la limite supérieure du

« foie ». Mais, d'après lui, ce fait a peu d'importance, si l'on songe que la limite supérieure de la glande est, en général, très fixe, à cause de la présence du diaphragme qui l'empêche de s'élever vers la poitrine

Skoda (*Traité de percussion et d'auscultation*, 1854), émet une opinion différente. Il prétend que, « dans certains cas, un foie augmenté de volume peut n'être pas déprimé dans l'abdomen et entrer en contact avec une plus grande étendue des parois thoraciques. Il augmente alors l'étendue de la matité en toutes directions, au niveau de la moitié inférieure du côté droit du thorax. »

Chauffard (*Traité de Pathologie générale de Bouchard*, tome V), parle également du foie ascendant, dont l'augmentation de volume se traduit beaucoup plus par l'élévation de son bord supérieur que par l'abaissement de son bord inférieur.

Si l'on peut contester que la limite supérieure du foie soit susceptible de s'élever au-dessus de son niveau normal, il est certain que cette même limite peut s'abaisser notablement. Sur ce point, l'opinion de Woillez n'est pas soutenable ; même à l'état physiologique, le foie s'abaisse légèrement à chaque inspiration, du fait de l'ampliation de la cage thoracique dans le sens vertical ; mais, à l'expiration suivante, il reprend sa position première. Un abaissement beaucoup plus prononcé et durable est réalisé fréquemment par diverses affections de l'appareil respiratoire, quand elles siègent à droite, par exemple, par le pneumothorax, et surtout par les pleurésies avec épanchements abondants.

Dans tous ces cas, l'abaissement du foie est corrélatif de celui du diaphragme. Tout autre est le mécanisme de l'hépatoptose. Ici la cause essentielle de l'abaissement du foie, c'est le relâchement de son appareil suspenseur. Dans cette affection, le déplacement produit peut devenir bien plus considérable que dans le cas de pleurésie droite. On peut voir la matité hépatique disparaître d'une façon complète, et le son pulmonaire être immédiatement suivi, au niveau de la 6^e ou 7^e côte, par un son tympanique qui s'accroît encore lorsqu'on arrive sur le rebord costal (Faure, *L'Hépatoptose et l'Hépatopexie*, Thèse de Paris, 1892).

Il n'est donc pas sans importance de noter, dans toute observation, la limite supérieure de la matité hépatique, limite qui, normalement, passe dans le 5^e espace intercostal sur la verticale mammelonnaire. En négligeant de le faire, on s'expose à regarder comme hypertrophié, un foie qui est seulement abaissé. Pour rechercher cette limite supérieure, on devra percuter avec une certaine force, afin d'éviter d'être induit en erreur par la sonorité de la languette pulmonaire, qui s'insinue dans la gouttière costo-diaphragmatique. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Il est certain, cependant, que la limite inférieure est celle qui présente le plus de variétés. On sait que, à l'état normal, le sujet étant dans le décubitus dorsal et en expiration, le bord inférieur du foie descend jusqu'au rebord costal, mais sans le dépasser. Pendant l'inspiration, le foie s'abaisse légère-

ment, par suite de la contraction du diaphragme, qui refoule en bas le foie, en même temps qu'il élève les côtes. Mais, à l'expiration suivante, il reprend sa place première.

Pour rechercher cette limite inférieure, nous disposons à la fois de la percussion et de la palpation. Or, il arrive fréquemment que ces deux modes d'exploration ne donnent pas des renseignements identiques. « Le foie, disent à ce propos Lasègue et Grancher, *Technique de la percussion et de l'auscultation à l'usage des étudiants en médecine* (1882), se limite beaucoup plus rigoureusement par le palper que par la percussion, qui donne toujours, sur les bords amincis de l'organe, une vague sonorité. »

Voici comment Rendu explique ce fait : « Il faut se rappeler que le foie repose, par sa face concave, sur le paquet des intestins, et que le côlon transverse, notamment, vient affleurer son bord libre. Il résulte de cette disposition que, fréquemment, une anse intestinale distendue par des gaz, vient empiéter sur le bord tranchant de la glande, ce qui peut devenir une cause d'erreur ; si l'on percute fortement la région de l'hypochondre droit, on se trompe presque à coup sûr, parce que l'intestin sous-jacent au foie donne une sonorité exagérée, qui fait croire à l'absence du tissu hépatique. En percutant légèrement, au contraire, il devient facile d'apprécier une zone de sonorité obscure intermédiaire entre la matité du foie et la tympanite intestinale, qui correspond à la languette du bord libre du tissu hépatique. »

Mais comment doit-on palper le foie ? Sur cette

question, les auteurs ne sont point d'accord; et leurs divergences d'opinion montrent qu'il faut savoir varier, suivant les malades, sa manière de procéder.

Lasègue et Grancher, par exemple, recommandent de procéder par secousses digitales partant de la portion inférieure du ventre, jusqu'à ce que le doigt vienne se heurter, à chaque succussion, au bord tranchant. Frerichs, au contraire, ne veut pas de pression brusque; il conseille de ne pas palper avec brusquerie, mais de comprimer progressivement et lentement. Gilbert et Fournier (*Traité de Médecine et de Thérapeutique*, t.V.) partagent l'opinion de Frerichs. « Il faut palper sans brusquerie pour éviter de produire des contractions des muscles de la paroi abdominale. »

C'est la palpation douce qui est pratiquée dans l'exploration du foie par le procédé classique, celui que décrit Rendu dans le dictionnaire de Dechambre. Cet auteur recommande de commencer par palper le flanc et la région ombilicale, et de remonter de bas en haut vers l'hypochondre droit, de façon à rencontrer premièrement le bord tranchant du foie. Dans ce procédé, le plus usité, la main déprime profondément et doucement avec la face palmaire des quatre doigts juxtaposés les divers points de la paroi abdominale.

Mais depuis lors, d'autres procédés ont été décrits. Chauffard (*Traité de pathologie générale de Bouchard*) en énumère quatre.

1^o *Palpation douce et pénétrante, faite de bas en*

haut, la paume des mains regardant en haut. C'est le procédé décrit par A. Mathieu (*Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*) sous le nom de *palpation respiratoire*. Voici en quoi elle consiste : « On se place à droite du malade, à hauteur de sa tête; puis les bras passant par dessus le thorax, on enfonce légèrement l'extrémité des doigts des deux mains, réunies en ligne à quelque distance au-dessous des fausses côtes, en déprimant la paroi abdominale, ni trop, ni trop peu. On remonte ainsi, en cherchant à accrocher avec l'extrémité des doigts légèrement infléchis en crochet, toute saillie sous-jacente à la paroi. Les doigts vont à la rencontre du bord du foie. En engageant le malade à faire des mouvements respiratoires assez amples, sans raidir trop les parois de l'abdomen, on peut faire que le foie vienne à la rencontre des doigts. Ceux-ci, en s'immobilisant, peuvent attendre que le foie vienne les heurter. »

2° *Procédé du pouce, de Glénard.* — Il a été signalé pour la première fois par son auteur dans un travail intitulé : « A propos d'un cas de neurasthénie gastrique, diagnostic de l'entéroptose », puis décrit dans la thèse de Françon. D'après Glénard, il réalise toutes les conditions d'une recherche fructueuse du foie :

1° Lui faire dépasser le plus possible le rebord costal;

2° Le faire saillir sous la paroi abdominale;

3° Palper sans déprimer la paroi.

Cette dernière condition, surtout, n'est pas réalisée par la palpation classique, qui, en déprimant la paroi abdominale, repousse le foie en arrière.

Le procédé de Glénard comprend trois temps.

PREMIER TEMPS. — Rapprocher le bord du foie de la paroi antérieure de l'abdomen: avec les quatre derniers doigts de la main gauche juxtaposés, on soulève la région lombaire droite. La main droite déprime la paroi antérieure de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite, par leur partie la plus déclive, pour refouler du côté de l'hypochondre droit, sous le foie, la masse intestinale.

2^e TEMPS : placer la pulpe de pouce gauche, tournée en haut, sous le siège présumé du bord du foie, les quatre derniers doigts de la main gauche restant immobilisés, en soulevant la région lombaire.

3^e TEMPS: faire sauter le bord du foie d'arrière en avant. Le pouce étant à l'affût, on commande au malade un mouvement de profonde inspiration; et, pendant ce mouvement, on glisse la pulpe du pouce gauche de bas en haut et d'arrière en avant. Lorsque le foie est déplacé, on le sent descendre en avant du pouce, qui fait sauter très nettement son bord tranchant.

Ce procédé, d'après son auteur, permettrait de révéler les ptoses les plus légères.

3^o *Ballottement hépatique*. Ce procédé, déjà signalé par Rendu, est décrit par Chauffard comme suit: « La main gauche est placée transversalement

en arrière, couchée dans l'espace costo-iliaque. Par une série de petites secousses, faites sans brusquerie, elle soulève le foie par sa partie profonde, et l'amène au contact de la main droite, placée en avant, sur la paroi abdominale. La face antérieure du foie hypertrophié se sent assez mal ; mais son bord antérieur se perçoit avec la plus grande netteté ; et il est assez facile d'en préciser le contour et les caractères. »

D'après Klée (Moyen de reconnaître certaines altérations du foie, in *Union Médicale*, 1863), ce procédé permettrait de sentir la fluctuation dans les cas d'abcès et de kyste hydatique.

4^o *Palpation saccadée et profonde, en cas d'épanchement ascitique.* — C'est de ce procédé que nous allons nous occuper au chapitre suivant.

CHAPITRE II

Du choc hépatique. — Sa nature. — Manière de le rechercher.

Les procédés de palpation dont nous avons parlé au chapitre précédent permettent de reconnaître que le foie dépasse plus ou moins le rebord costal, quand il n'existe pas de liquide dans la cavité péritonéale, ou quand cet épanchement est en très petite quantité. Mais, en cas d'ascite abondante, la plupart deviennent insuffisants. Seul, le dernier (palpation saccadée et profonde) permet presque toujours d'apprécier l'hypertrophie ou l'abaissement de la glande.

Parmi les anciens auteurs, Murchison est le seul qui s'en occupe. « La palpation montrera quelquefois avec évidence qu'il existe du liquide dans l'abdomen. Si on exerce la pression avec la pointe des doigts, brusquement et perpendiculairement à la surface, on éprouve souvent la sensation d'un déplacement de liquide, et on sent que les doigts viennent au contact de quelque corps solide tel qu'un foie ou une rate augmentés de volume, ou une tumeur.

Rendu (Dictionnaire de Dechambre, article *Foie*) s'exprime comme suit : « Dans le cas d'ascite, il arrive fréquemment ou bien que le liquide passe au-devant du foie, ou bien qu'il refoule les intestins, et particulièrement le côlon transverse, au-dessus du bord libre. Dans le premier cas, la percussion ne fournit aucun renseignement sur l'état de la glande. Dans le second, elle peut induire en erreur en faisant constater de la sonorité bien au-dessus de la limite inférieure réelle de l'organe. La palpation, dans ces circonstances, est le seul moyen d'exploration applicable. En déprimant brusquement, avec le plat de la main, la paroi abdominale, on refoule la nappe de liquide, et l'on sent manifestement une surface dure et résistante qui répond à la face convexe du foie ».

Chauffard (Traité de Médecine de Charcot-Bouchard, t. III), conseille aussi de recourir à la *palpation saccadée et profonde*, « quand le poids spécifique du foie est augmenté, et qu'il y a, en même temps, de l'ascite... La main déprime brusquement la couche de liquide ascitique interposée, jusqu'à ce qu'elle butte sur une surface résistante. Ce mode d'exploration est particulièrement précieux pour certains foies cardiaques avec ascite ».

Labadie-Lagrave (Traité des Maladies du foie, 1892) dit que « la meilleure manière de parer à la gêne apportée à l'exploration par l'ascite, est de palper le foie en déprimant brusquement la paroi abdominale. La main, refoulant le liquide, pourra parvenir sur la face convexe de l'organe ».

Parmentier (Manuel de Médecine, de Debove et Achard, article (*Foie cardiaque*)), dit que, « s'il existe une couche de liquide au devant du foie, on peut, néanmoins, par la simple pression de la paroi abdominale, percevoir la face antérieure de l'organe ».

Enfin, Dieulafoy (Manuel de Pathologie Interne s'occupe aussi de ce mode d'exploration, mais seulement dans ses dernières éditions. Nous y reviendrons ultérieurement.

En revanche, Woillez, Skoda, Lasègue et Grancher, Frerichs, Gilbert et Fournier (Traité de Médecine et de Thérapeutique, de Brouardel et Girode), ne parlent point de ce mode de palpation. Nous ne l'avons pas vu mentionné dans Laveran et Teissier (Manuel de Pathologie Interne); mais M. le professeur Teissier, dans une communication orale, nous a dit que, ayant vu depuis longtemps pratiquer cette méthode par son père, le professeur B. Teissier, il y avait eu recours souvent lui-même, considérant ce procédé comme un excellent moyen d'exploration du foie.

Toutefois, M. Teissier estime que, jusqu'ici, les rapports du choc hépatique avec l'ascite n'avaient pas fait l'objet d'études spéciales.

En somme, les auteurs que nous avons cités plus haut s'accordent à considérer, dans ce mode d'exploration, la main qui palpe comme le seul instrument actif, le foie comme un corps inerte.

Une opinion différente a été émise par Létienne (Manuel de Diagnostic médical de Debove et Achard). D'après lui, c'est au foie que reviendrait le rôle actif

dans la palpation brusque en cas d'ascite. « Le foie, dit-il, flotte dans la cavité abdominale et obéit au moindre mouvement d'impulsion. Une secousse imprimée à la paroi le déplace, et il revient de lui-même contre cette paroi où le doigt perçoit nettement son choc. C'est ce qu'on appelle le *phénomène du glaçon*, par analogie au choc en retour du glaçon qu'on enfonce brusquement dans l'eau, et que sa moindre densité fait remonter à la surface ».

Ainsi, d'après Létienne, le phénomène que nous étudions est un phénomène de choc en retour, analogue à celui du ballotement fœtal, que l'on peut constater, pendant la grossesse, soit par la palpation de l'abdomen, soit par le toucher vaginal. Que devons-nous penser de cette manière de voir?

Tout d'abord, il nous semble qu'on ne saurait comparer la mobilité du foie dans le liquide ascitique, avec celle du fœtus dans le liquide amniotique, à moins qu'on n'ait affaire à un cas d'hépatoplose très prononcée et antérieure à la production du liquide. Les attaches du foie au diaphragme et aux parois de l'abdomen sont autrement sérieuses que le simple cordon lâche et mince qui relie le fœtus au placenta.

Nous reconnaissons volontiers que l'existence d'ascite est une condition favorable à l'exagération de sa mobilité, mais il nous paraît inexact de prétendre que le foie flotte dans le liquide ascitique, comme le glaçon sur l'eau. Deux raisons, croyons-nous, militent contre cette hypothèse.

La première c'est que le foie, solidement fixé, en

arrière, à la veine cave, est, au contraire, lâchement relié à la paroi abdominale antérieure par le ligament suspenseur. Dans ces conditions, le liquide ascitique doit tendre à s'insinuer entre la paroi abdominale et la face antéro-supérieure du foie, qui se trouve repoussée en arrière, non par un simple mouvement de translation, mais par un mouvement de bascule autour d'un axe transversal passant par la veine cave et les ligaments triangulaires (Faure : L'appareil suspenseur du foie, thèse de Paris, 1892).

La seconde raison pour laquelle le foie, dans le liquide ascitique, ne nous paraît pas assimilable au glaçon dans l'eau, c'est que, tandis que le glaçon est moins dense que l'eau, le foie, même à l'état normal, a un poids spécifique moyen supérieur à celui du liquide ascitique. La densité du foie est, en effet, d'après Testut, de 1,0625 à 1,0853. Sappey estime que ces chiffres sont trop élevés. Pour lui, cette densité serait seulement de 1,0467.

D'autre part nous lisons, dans le *Manuel de Médecine* de Debove-Achard (article ascite) : « La densité du liquide ascitique oscille entre 1,008 et 1,014 ».

En comparant ces divers chiffres entre eux, nous voyons que, même en supposant non modifiée la densité du foie en cas d'ascite, le poids spécifique du liquide ascitique le plus dense (1,008) est moindre que celui du foie (soit 1,0467, chiffre donné par Sappey). A plus forte raison en est-il ainsi si l'on admet, avec Chauffard, que, en pareil cas, le foie hypertrophié est généralement en état de conges-

tion ou de sclérose, c'est-à-dire plus dense qu'à l'état normal.

Ce sont là, nous en convenons, deux arguments purement théoriques. Il en est un troisième, fourni par la clinique elle-même. Si l'explication de M. Létienne était exacte, si la sensation de contact du foie, dans la palpation brusque, était un choc en retour, nous devrions le percevoir seulement un instant après avoir donné l'impulsion à la paroi ou plutôt on devrait percevoir deux contacts distincts : un premier, produit activement par les doigts qui viendraient repousser le foie en arrière, un deuxième dû au choc en retour de cet organe contre la paroi. Or, dans la totalité des cas que nous avons pu observer, il n'en était pas ainsi : le contact était unique, et perçu immédiatement, dès que les doigts déprimaient la paroi.

Un dernier argument nous est fourni par l'une de nos observations. Dans le cas dont nous voulons parler, le foie dépassait à peine le rebord costal, à tel point que, après avoir perçu le choc hépatique, nous avons pu nous demander si nos doigts n'avaient pas porté seulement sur le rebord costal lui-même. Par la palpation ordinaire, nous avons pu nous rendre compte de la position exacte de ce rebord ; il ne descendait pas jusqu'au point où nous avions localisé, par la palpation brusque, le bord inférieur du foie ; mais le seul fait que ce rebord, incapable de ballotter, ait pu nous donner notre sensation de choc, n'est-il pas en faveur de notre opinion ?

Pour tous ces motifs nous pensons que, dans la plupart des cas d'ascite, le foie n'est pas en contact avec la paroi abdominale dans le décubitus dorsal ; qu'il en est séparé par une couche plus ou moins épaisse de liquide. Aussi le phénomène que nous étudions nous paraît-il comparable, non pas au ballottement foetal, mais plutôt au choc rotulien. La recherche de ce dernier consiste à refouler brusquement du doigt la rotule qui, traversant rapidement la couche liquide épanchée dans la synoviale, vient frapper les condyles fémoraux restés immobiles. De même, pour sentir le foie hypertrophié, dans un cas d'ascite, la main déprime brusquement la paroi abdominale qui, chassant excentriquement le liquide interposé entre elle et le foie, vient au contact de ce dernier organe.

La ressemblance qui existe entre les deux phénomènes a conduit notre maître à donner, à celui que nous étudions, un nom analogue à celui de choc rotulien. Ne pouvant songer, ici, à le désigner sous le nom de l'organe percuteur, il a emprunté le qualificatif à l'organe percuté, et l'a nommé : *choc hépatique*.

Mais une objection se présente. Si, dans la recherche du choc hépatique, le foie ne fuit pas sous les doigts comme le suppose M. Labbé ; s'il reste immobile : pourquoi est-il nécessaire de palper brusquement pour le sentir ? Ne pourrait-on y arriver aussi bien par une dépression lente de la paroi ?

En répondant à cette objection, nous montrerons

les différences qui existent entre le choc hépatique et le choc rotulien. Ce dernier est constitué par la rencontre de deux surfaces osseuses ; aussi la sensation de résistance éprouvée par le doigt est-elle facile à percevoir, même pour un débutant. Il n'est pas toujours de même du choc hépatique : ici les agents qui percutent (doigts et paroi abdominale), sont constitués uniquement par des parties molles. Quant à l'organe percuté (le foie), bien que sa consistance soit, le plus souvent, augmentée dans les cas où l'on recherche le choc hépatique, elle ne saurait atteindre celle des condyles fémoraux. On s'exposerait donc, en palpant avec douceur, et lentement, à ne pas sentir nettement le contact de deux corps qui ne sont, ni l'un ni l'autre, franchement durs.

Une autre différence plus importante est tirée de la constitution anatomique de la paroi. Tandis que la rotule n'est séparée de la peau du genou que par quelques trousseaux fibreux, la paroi abdominale comprend une couche musculaire importante qui, en se tendant fortement, peut empêcher les doigts de déprimer la paroi jusqu'au contact de l'organe hypertrophié. C'est cette tension de la paroi, cette défense musculaire qu'il s'agit d'éviter. Il faut surprendre pour ainsi dire, la paroi à l'état de relâchement et la déprimer assez vite pour qu'elle n'ait pas le temps de se contracter. Nous savons, en effet, que lorsque le foie dépasse le rebord costal, la pression sur l'hypochondre droit est généralement douloureuse et provoque de la défense musculaire.

Sans admettre que le foie flotte dans le liquide

ascitique, nous ne prétendons pas que cet organe présente toujours, pendant la recherche du choc hépatique, la même fixité que les condyles fémoraux dans celle du choc rotulien. Mais, nous l'avons dit plus haut, il ne peut s'agir que d'un léger mouvement de bascule en bas et en arrière, — et non d'un mouvement de translation — à moins qu'on n'ait affaire à un cas de véritable hépatoptose. Ce mouvement doit être d'autant plus appréciable, qu'on se rapproche davantage du bord inférieur, et que le ligament suspenseur est plus lâche. Tant que l'écart entre la paroi et la force antéro-supérieure du foie reste faible, le ligament suspenseur conserve une certaine laxité. Dans ces conditions, un brusque contact avec le foie peut exagérer légèrement la propulsion en arrière du bord inférieur, qui revient rapidement à sa place primitive. Lorsque, au contraire, l'ascite devient abondante, le ligament suspenseur, normalement plissé et très oblique à droite et en arrière, se déploie et tend à se placer sur un plan antéro-postérieur perpendiculaire à la paroi abdominale antérieure. Nous avons pu vérifier cette disposition sur le cadavre, dans plusieurs cas. Par le fait même de cette tension de notre ligament, le bord antérieur du foie ne peut se porter plus en arrière.

Comment doit-on rechercher le choc hépatique ? Dans une des observations qu'il résume, Dieulafoy (*Curabilité des ascites cirrhotiques et des cirrhoses du foie*) dit qu'on sentait le foie en déprimant brus-

quement la paroi avec les doigts placés *verticalement*. Peut-être, en effet, ce mode d'exploration est-il nécessaire, quand le liquide est très abondant et la paroi distendue. Il doit permettre une pression plus énergique. Mais il nous paraît passible de deux reproches : d'abord, il doit être plus douloureux pour le malade; ensuite il ne met les doigts en contact avec la paroi que par la pulpe des phalanges, c'est-à-dire sur une surface assez limitée. Or, comme nous le verrons plus loin, le choc hépatique n'est généralement pas perçu sur toute la surface cutanée qui recouvre la partie du foie saillante au-dessous du rebord costal; et le niveau où il est senti n'est pas toujours le même. On s'expose donc, en plaçant verticalement les doigts qui dépriment, à les faire porter sur une ligne où le choc hépatique n'est pas perceptible.

Aussi croyons-nous qu'il est préférable, en général, de rechercher le choc avec toute la surface palmaire des doigts. On se placera, de préférence, à gauche du malade. On appliquera doucement, sur la région de l'hypochondre droit, les doigts allongés, le pouce un peu écarté des autres. Puis, le talon de la main restant à peu près immobile, les quatre derniers doigts, serrés les uns contre les autres, exécuteront autour des articulations métacarpo-phalangiennes, et avec ensemble, des mouvements brusques et alternatifs de flexion et d'extension.

Parfois on obtient ainsi, d'emblée, le contact que l'on recherche; mais il n'en est pas toujours ainsi. Cet insuccès, à la première tentative, ne doit pas

nous arrêter définitivement. Il faudra au contraire, recommencer plusieurs fois notre exploration, en faisant porter la pression sur des régions différentes, en variant la force de l'impulsion, la position du malade au lit, et en laissant au sujet examiné quelques instants de repos entre deux essais consécutifs; cette dernière précaution afin de laisser revenir à l'état de relâchement la paroi, qui s'est généralement contractée sous l'influence de la pression brusque. C'est seulement après des échecs réitérés, et malgré la diversité des conditions de l'examen qu'on pourra nier formellement l'existence du choc hépatique.

Revenons sur les détails de l'examen. Nous parlerons d'abord de la position du malade.

On commencera, naturellement, à l'examiner dans le décubitus dorsal. Mais, si l'on n'obtient pas le choc dans cette position, on sera parfois plus heureux en faisant coucher le malade successivement sur les côtés droit et gauche. Nous reviendrons plus loin sur cette question. Malheureusement, le ventre est parfois si distendu que le malade peut à peine se mouvoir dans son lit, et supporte très mal les décubitus latéraux.

Dans un cas où la malade, en orthopnée, ne pouvait supporter le décubitus dorsal, nous avons pu, non sans difficultés, obtenir le choc hépatique dans la position assise. Nous ne citons, d'ailleurs, ce cas que pour mémoire. Pour que le phénomène puisse être perçu dans cette position, il faut évidemment une quantité considérable de li-

quide ascitique : c'était le cas chez notre malade.

Doit-on palper avec les deux mains ou avec une seule ? L'une et l'autre manière peuvent être essayées tour à tour. Si l'on cherche à quel niveau siège le bord inférieur du foie, si l'on veut explorer cet organe dans le sens de la hauteur, si la paroi est mince, il sera plus facile d'utiliser une seule main. L'observateur emploiera de préférence la main droite, s'il est placé à gauche du malade, et inversement. Contrairement à ce que Rendu conseille pour la palpation ordinaire, on procédera de haut en bas, afin de sentir le choc (s'il est possible de l'obtenir), avant que la paroi, déjà irritée par plusieurs dépressions brusques, ait réagi par la contraction de ses muscles.

Si, au contraire, la paroi est épaisse, ou bien si l'on veut rechercher le choc hépatique en diverses régions, mais sur un même niveau transversal, on aura avantage à employer les deux mains simultanément, soit pour avoir plus de force, soit pour pouvoir palper sur une plus large surface. Dans ce cas, les deux mains sont juxtaposées, et on veillera à ce que leurs pressions soient exactement synchrones. On chassera ainsi, excentriquement, le liquide ; et on évitera de le renvoyer, pour ainsi dire, d'une main à l'autre, ce qui ne pourrait que nuire à la netteté du contact.

Nous avons dit que la pression doit toujours être brusque. Il ne s'ensuit pas qu'elle doive toujours être forte. Une impulsion énergique peut être nécessaire, lorsque la paroi est très épaisse ou le liquide

très abondant. Quand, au contraire, on est en présence d'une ascite légère et que, par suite, la face antéro-supérieure du foie est très peu distante de la paroi abdominale, la sensation de choc est bien mieux perçue par des succussions faibles. Il faut alors, comme le dit M. Mouisset, à propos de la sensation de flot dans les épanchements pleuraux (Thèse, Lyon, 1887), « caresser la paroi par une série de petits chocs ». Si, dans ces conditions, on déprime avec force, on peut être conduit à nier, non pas l'hypertrophie ou l'abaissement du foie, que l'on croit, au contraire, sentir directement sous la paroi, mais l'existence de toute lame liquide interposée.

Au premier abord il semble qu'on devrait percevoir le choc hépatique sur une surface d'autant plus vaste que le foie est plus hypertrophié. En réalité il n'en est pas toujours ainsi : souvent on ne le sent bien que sur une étendue assez limitée. Dans le sens de la hauteur, c'est généralement au niveau du bord libre du foie qu'il est le plus net. L'explication de ce fait paraît assez simple : on apprécie plus aisément le contact d'une arête vive, d'un corps anguleux, que celui d'une surface plane dans son ensemble, sinon parfaitement lisse. Au reste, le bord inférieur est d'autant mieux senti que, immédiatement au-dessous de lui, la main qui déprime la paroi perd brusquement toute sensation de contact ; ce que nous percevons le mieux ce sont des différences entre deux sensations consécutives (des *discriminations*, comme disent les Anglais).

Quand on est en présence d'une ascite abondante, le foie, s'il est hypertrophié, ne peut être senti que par la palpation brusque. Au contraire, quand le liquide épanché se trouve en moindre quantité, on peut se rendre compte de l'augmentation de volume du foie, soit par la palpation classique (lente et progressive), soit par la recherche du choc hépatique.

Il arrive souvent que, par la recherche du choc hépatique, on peut localiser le bord inférieur du foie sensiblement plus bas que ne le faisait supposer la limite inférieure de matité hépatique. Nous avons signalé la même discordance au chapitre premier, à propos de la palpation classique en dehors de l'ascite. Ici, l'explication était facile à fournir; la sonorité, dit-on, est due à l'interposition d'une anse intestinale entre le foie et la paroi. Mais, dans notre cas, le liquide ascitique interposé ne devrait-il pas donner un son mat, aussi bien que le foie lui-même? Nous reconnaissons que cet argument paraît sérieux, et nous ne chercherons pas à y faire de réponse théorique; nous nous bornerons à y opposer ce fait que nous avons constaté plusieurs fois sur le cadavre: lorsqu'on incise, de haut en bas, la paroi abdominale sur un sujet qui présente des signes évidents d'ascite, le liquide commence souvent à s'écouler à partir d'un niveau sensiblement plus élevé que la limite supérieure de la matité ascitique. Nous avons noté ce fait, récemment, sur un sujet mort de cirrhose atrophique. Sur la ligne médiane, la matité ascitique ne remontait que jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic (per-

cussion pratiquée immédiatement avant l'incision de la paroi). Or, l'incision ayant été commencée juste au-dessous de l'appendice xiphoïde, il s'écoula du liquide dès qu'elle atteignit une longueur de 6 à 8 centimètres, c'est-à-dire, à partir d'un niveau élevé de plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic.

Dans le sens transversal, le lieu d'élection varie suivant les malades et, parfois, suivant les positions du malade. Dans le chapitre suivant, nous chercherons à préciser les conditions de ces variations. Pourtant, en général, c'est au voisinage de la verticale mamelonnaire droite que le choc hépatique est le mieux perçu, sans doute parce que, en général, la lameliquide interposée présente, à ce niveau, son épaisseur *optimum* (Voir chapitre III). Peut-être faut-il aussi tenir compte de la constitution de la paroi abdominale, différente suivant qu'on l'examine à l'épigastre ou plus en dehors. Au voisinage de la ligne médiane, les muscles grands droits, tendus comme des cordes, opposent fréquemment, même en dehors de l'ascite, une résistance à la pression plus forte que celle des parties latérales, formées par trois plans de muscles largement étalés.

Enfin nous dirons quelques mots de l'influence de la respiration sur la netteté du phénomène. Souvent elle est nulle; mais, dans d'autres cas, le choc hépatique est plus net à la fin de l'expiration, moment où la paroi abdominale est le plus relâchée. Cette influence nous a paru plus nette dans les cas où la respiration se fait suivant le type abdominal que

dans ceux où elle présente le type costo-supérieur.

Dans tous les cas, il sera toujours bon de recommander au malade de respirer doucement, sans grands efforts, la bouche entr'ouverte, et d'éviter autant que possible, toute contraction de sa paroi.

CHAPITRE III

Des conditions qui favorisent ou empêchent la production du choc hépatique.

Le choc hépatique envisagé comme signe d'ascite.

Nous avons cherché à élucider la nature du choc hépatique, et indiqué la manière de le rechercher. Voyons à présent quelles conditions favorisent ou empêchent la production de ce phénomène. Elles sont fournies :

- 1^o Par le foie.
- 2^o Par la paroi abdominale.
- 3^o Par le liquide ascitique.

1^o Occupons-nous d'abord du *foie*. Il faut, bien entendu, que cet organe *déborde les fausses côtes*, qu'il s'agisse d'hypertrophie ou d'abaissement. Mais cette condition, si elle est nécessaire, n'est pas suffisante, croyons-nous. Nous pensons qu'il y a lieu de tenir compte de la statique du foie, statique variable suivant les individus.

Françon (Etude sur les hépatites chroniques alcooliques et leur curabilité, th. Lyon 1888), a bien noté que tantôt la partie du foie hypertrophié, qui déborde les fausses côtes, se trouve directement sous la paroi abdominale, tantôt « elle est recourbée en arrière, comme repliée sous la face inférieure du foie ». Entre ces deux positions extrêmes, il y a place pour une situation intermédiaire, dans laquelle la partie du foie qui dépasse le rebord costal, s'écarte un peu de la paroi abdominale. Dans ce dernier cas, moins favorable que le premier au point de vue de la palpation classique, le choc hépatique, au contraire, sera plus facile à obtenir, car le liquide ascitique pourra plus facilement s'insinuer entre la paroi et la face antérieure du foie.

Nous pensons aussi que la netteté de production du choc dépend en partie de la *densité*, de la *consistance* du foie. Plus le foie sera dur, mieux le choc sera perçu, et cela se conçoit facilement : s'il est mou, sa consistance ne différera pas suffisamment de la fluidité du liquide ascitique pour que les doigts qui dépriment la paroi soient nettement impressionnés par ce contact.

Cette raison nous explique, en partie, pourquoi la rate, même hypertrophiée, est rarement sentie aussi bien que le foie par la palpation brusque, en cas d'ascite; la consistance de la rate, en effet, est presque toujours moindre que celle du foie. En outre, ses bords arrondis doivent donner un contact bien moins net que le bord mince et tranchant du foie. Enfin, elle est beaucoup plus mobile, et fuit sous les

doigts qui cherchent à la sentir. Cependant, au dire de notre maître, le choc splénique n'est pas chose irréalisable; si nous n'en avons pas vu d'exemple à l'hôpital, M. le Dr Roussel prétend en avoir trouvé quelques cas dans sa clientèle.

2° *La paroi abdominale* doit jouer un certain rôle. *A priori*, le choc hépatique doit être d'autant plus facile à mettre en évidence que cette paroi est plus *mince*, plus *souple*, que sa musculature est plus affaiblie. L'adipose sous-cutanée, l'œdème de la paroi abdominale doivent nuire à la netteté de perception des phénomènes. De même pour la contraction de la paroi; quand le foie est douloureux à la pression (ce qui est fréquent, dans les cas où il est hypertrophié), la recherche du choc hépatique provoque de la défense musculaire et il est nécessaire de suspendre un instant l'exploration pour laisser disparaître cette contracture.

Il semblerait rationnel de supposer que, par suite de la suppression de la contractilité musculaire, le choc hépatique doive être perçu plus facilement sur le cadavre qu'au lit du malade. De fait, dans l'observation III, le choc, très difficilement perçu du vivant de la malade, était évident vingt-quatre heures après la mort. Mais il nous a paru que, dans ce cas, la facilité de perception du choc sur le cadavre était due surtout à la diminution de tension du liquide, dont une partie notable avait transsudé hors de la cavité abdominale, avant toute incision.

En revanche, il est très possible que la tension de la paroi ait joué un rôle dans nos deux autres expé-

riences cadavériques. Il s'agissait de deux sujets ayant présenté, de leur vivant, des signes d'hypertrophie du foie, mais pas de choc hépatique. Dans l'une de ces expériences, — femme néoplasique, cachectisée, ayant une paroi abdominale très amincie, et absolument flasque, — nous avons pu faire naître le choc après injection de 80 centilitres de liquide, Dans l'autre, au contraire — homme de 48 ans, ayant une paroi fortement musclée, épaisse de près de 3 cent. — nous n'avons pu faire apparaître le choc après injection de deux litres de liquide.

C'est sans doute en faisant varier la tension de la paroi abdominale que la respiration manifeste parfois son influence, ainsi que nous l'avons signalé au chapitre précédent.

3^o. — Dans le même ordre d'idées, il nous semble que la *lenteur de production du liquide ascitique*, telle qu'elle a lieu cliniquement, doit être une condition favorable à la facile perception du choc. Avec une même quantité de liquide, n'est-il pas plus facile de lasser la contractilité d'une paroi musculaire, si ce liquide met plusieurs semaines à s'amasser, que s'il est injecté en quelques minutes dans la cavité péritonéale ?

Létienne (loco cit.), exprime une pensée analogue, en disant « que la contention *prolongée* de l'ascite a lassé la contractilité de la paroi abdominale ».

L'*abondance* plus ou moins grande du liquide ascitique n'est pourtant pas sans importance. Toutes choses égales d'ailleurs, c'est dans les épanchements de moyenne abondance que le choc hépatique

sera le mieux perçu. On conçoit que la quantité optimum de liquide doive varier notablement suivant les individus, les autres facteurs : tension de la paroi — tension des organes intra-abdominaux, de l'intestin surtout — dimensions de la cavité abdominale, variant aussi. Mais l'influence de la quantité du liquide est prouvée cliniquement et expérimentalement.

A. — Cliniquement. — a.) Par ce fait que, pour une même position du malade (le décubitus dorsal par exemple,) le point où le choc hépatique est le mieux perçu, n'est pas le même chez tous les sujets, et que, sur un même sujet, ce point peut avoir changé quand on examine le malade au bout de quelques jours.

b.) — Par l'influence de la position du malade, dans certains cas, le choc, impossible ou très difficile à obtenir dans le décubitus dorsal, devient facilement perçu quand on fait incliner le malade sur tel ou tel côté.

A ce point de vue, nous croyons pouvoir, de l'ensemble de nos recherches, déduire les conclusions suivantes :

a. — Quand le liquide ascitique est peu abondant, le choc hépatique est parfois perceptible dans le décubitus latéral droit et sur la verticale mamelonnaire droite, alors que, dans le décubitus dorsal, il n'est possible de l'obtenir sur aucun point.

b. — Quand l'épanchement augmente, le choc hépatique peut, généralement, être perçu, le malade étant couché sur le dos.

c. — Quand le liquide est en quantité considérable, le choc hépatique peut manquer, et dans le décubitus dorsal, et dans le décubitus latéral droit. Dans ces conditions, on arrive parfois à l'obtenir en faisant coucher le malade sur la côté gauche.

Dans les lignes qui précèdent, les mots : décubitus droit ou gauche, ne doivent pas être pris à la lettre. Il faut entendre par là : inclinaison modérée du malade sur le côté désigné. Pendant ces recherches, nous nous placions du côté opposé à celui de l'inclinaison du malade, et nous déprimions la paroi obliquement en bas et en dehors. Ce n'était donc pas un soulèvement du foie que nous devions réaliser ainsi mais bien une pression sur le foie, à travers la couche liquide interposée.

B. *Expérimentalement.* — Nous avons pu sur le cadavre, après avoir fait apparaître le choc hépatique par l'injection d'une faible quantité d'eau, le faire disparaître ou le rendre plus difficilement perceptible, en augmentant la dose de liquide injecté. Inversement, chez le sujet de l'obs. XI, nous avons vu apparaître, en retirant deux litres de liquide, le choc hépatique, qui manquait avant la paracentèse.

Aux variations dans la manière de rechercher le choc hépatique suivant l'abondance de l'ascite, nous pouvons comparer des variations analogues du choc rotulien suivant l'abondance de l'hydarthrose. Quand le liquide est en faible quantité dans l'articulation du genou, il est nécessaire, pour percevoir le choc nettement, de soulever la rotule au-dessus de l'épanchement par pression concentrique sur les culs-de-

sac de la synoviale. Lorsqu'au contraire, l'hydarthrose est très abondante, on perçoit mieux le choc par simple dépression brusque de la rotule, sans user d'aucun artifice. La manœuvre préalable, qui est nécessaire dans le premier cas, devient, dans le second, au moins inutile ; elle peut même empêcher de percevoir nettement le choc, qu'elle amortit en obligeant la rotule à traverser une couche trop épaisse de liquide, avant de venir frapper les condyles fémoraux.

Jusqu'ici, nous n'avons discuté que la quantité du liquide. Essayons maintenant de serrer la question de plus près. L'existence même d'un léger épanchement est-elle indispensable ? En d'autres termes : le choc hépatique peut-il être considéré comme un signe d'ascite ?

La question ne présente pas grand intérêt pour les cas où l'existence de l'ascite est mise hors de doute par la présence de tous les signes classiques. Mais, pour que ces signes soient au complet, il faut une ascite assez considérable. Quand le liquide est encore très peu abondant, la plupart d'entre eux peuvent manquer ou être très atténués.

L'aspect classique du ventre de batracien, le déplissement de la cicatrice ombilicale, ne sont le fait que des gros épanchements. La sensation de flot, pathognomonique quand elle existe véritablement, manque au début ; de plus, elle peut être confondue avec l'ondulation produite par la paroi elle-même ; et, pour l'en différencier, on ne dispose pas toujours d'une troisième main qui puisse jouer le

rôle d'écran. Quant à la matité, elle peut, si l'épanchement est faible, n'exister qu'à la partie la plus déclive des deux flancs. En outre, nous avons dit que la limite supérieure de la matité ne correspond pas toujours à celle de l'épanchement. Bruhl (*loco cit.*) exprime la même opinion.

Dans ces conditions, le diagnostic d'ascite est parfois difficile à affirmer. Nous rappellerons ici un axiôme formulé par M. le professeur Lépine : « L'ascite existe toutes les fois qu'on la soupçonne. » De cette phrase, nous croyons pouvoir retenir que l'ascite existe plus souvent qu'on ne le suppose, et alors que la plupart des signes classiques font défaut. Mais l'esprit ne saurait se contenter d'une donnée aussi vague. Aussi plusieurs cliniciens ont-ils cherché des signes nouveaux capables de dépister l'ascite au début.

Racle (*Manuel de Diagnostic Médical*) conseille de faire, en pareil cas, placer le malade dans la position genu-pectorale « à quatre pattes, comme on dit vulgairement. »

D'après Grisolles (*Traité de pathologie interne*), « il importe, pour reconnaître la présence de faibles épanchements péritoniaux, de soulever le bassin et d'incliner le malade sur un des côtés. En réunissant ainsi toute la sérosité en un seul point, on pourra obtenir un son mat, et déterminer le phénomène de la fluctuation, si toutefois il n'existe pas d'anciennes adhérences qui s'opposent au déplacement de la sérosité. »

Le procédé qui consiste à soulever le bassin est

connu généralement sous le nom de : signe de Bamberger. C'est à cette auteur que l'attribue Bruhl (*loc. cit*).

M. le professeur R. Tripier (*Lyon Médical*, 1886), objecte à Racle et à Grisolle : 1^o que le liquide, déplacé par les artifices qu'ils proposent, s'il est en petite quantité, se répand entre les anses intestinales, au lieu de les refouler, en ne donnant pas lieu à une matité et à une fluctuation appréciables ; 2^o que le déplacement nécessite par ce genre d'examen est souvent rendu difficile par l'affaiblissement général, dans lequel se trouvent les malades ».

R. Tripier, à son tour, recommande de pratiquer le toucher vaginal toutes les fois qu'on soupçonne, chez une malade, un commencement d'ascite. Même avec un faible épanchement, ne donnant ni matité, ni fluctuation, on pourra constater : 1^o la diminution de poids de l'utérus ; 2^o une mobilité anormale du col, qui est soulevé au moindre contact.

La valeur diagnostique du signe de Tripier est certaine. Malheureusement, il ne peut être recherché que chez la femme. Même chez celle-ci, il n'est pas toujours possible de pratiquer le toucher vaginal. Enfin, l'appréciation de l'abaissement des culs-de-sac de la diminution du poids de l'utérus, et de la mobilité exagérée du col, manque de bases précises : même à l'état normal, l'utérus présente une certaine mobilité.

M. Bard (*Lyon Méd.* 1895), préconise la recherche du flot d'arrière en avant. C'est ce qu'il appelle

le flot lombo-abdominal. « La main antérieure peut être placée sur les diverses parties de l'abdomen ; la main postérieure percute sur la région du carré des lombes, sur les côtés de la colonne vertébrale ». Le flot lombo-abdominal peut être direct ou croisé, suivant que la main antérieure est placée du même côté que la postérieure, ou du côté opposé.

D'après l'auteur, ce procédé présente le double avantage : 1^o d'être un phénomène précoce qui peut révéler un épanchement peu abondant, encore inaccessible aux autres procédés d'exploration. 2^o d'avoir une importance diagnostique au point de vue de la nature du contenu péritonéal. Il fait défaut, ou est extrêmement affaibli, lorsqu'il existe, dans l'abdomen, des adhérences ou des masses indurées. En pareil cas, le flot lombo-abdominal peut exister, très intense, d'un côté, et faire complètement défaut de l'autre côté, alors que l'exploration antérieure ne révèle aucune différence entre les deux moitiés de l'abdomen ».

Tels sont les principaux signes qui ont été proposés pour le diagnostic précoce de l'ascite.

Le choc hépatique mérite-il de leur être adjoit ? Nos observations ne nous permettent pas d'affirmer qu'il puisse apparaître avant le signe de Tripier. Mais, chez deux malades qui, actuellement encore, sont dans le service de notre maître, M. le Dr. Roussel, nous avons pu constater dès le jour de leur entrée, et simultanément, le signe de Tripier et le choc hépatique. Il existait en même temps

une zone mate, peu élevée, sur l'hypogastre. Chez une troisième (Obs. XIV) l'abdomen, sur la ligne médiane, était sonore jusqu'au pubis ; et, même à la partie la plus déclive des flancs, il n'existait qu'une submatité légère.

D'autre part, notre maître a bien voulu nous communiquer un assez grand nombre d'observations où se trouvent signalées, à la fois, une augmentation plus ou moins considérable du volume du foie, et l'absence du choc hépatique. Plusieurs de ces observations ont été suivies d'autopsies ; jamais on n'a trouvé d'ascite, Nous en publions trois.

En revanche, l'ascite n'a jamais manqué dans les autopsies faites par nos prédécesseurs, sur des sujets ayant présenté, de leur vivant, le choc hépatique. Il est vrai que, dans ces observations, l'existence de l'ascite n'était guère discutable ; et leur intérêt réside plutôt dans la constatation, par la palpation brusque, de l'augmentation de volume du foie.

Aussi attacherons-nous plus d'importance — au point de vue qui nous occupe en ce moment — à deux autres observations, personnelle l'une et l'autre. Il s'agit de malades qui, soigneusement examinés et par notre chef de service, et par nous-même, à leur entrée dans le service, présentaient, dès cette époque, une notable augmentation de volume du foie, mais pas de choc hépatique dans aucune position, et aucun signe d'épanchement liquide dans le péritoine. Chez ces deux malades, nous avons pu voir apparaître, au bout de quelque temps de séjour

dans le service, choc hépatique et signes d'ascite.

La seule preuve péremptoire que le choc hépatique est un signe d'ascite précoce consisterait à trouver du liquide dans le péritoine, à l'autopsie d'un sujet qui, de son vivant, n'aurait présenté aucun signe d'ascite.

Cette preuve nous manque. Mais, en revanche, nous ne croyons pas que l'insuccès de notre deuxième expérience cadavérique permette de conclure contre la valeur diagnostique du choc hépatique, au point de vue de l'ascite. Nous avons, en effet, signalé plusieurs causes qui ont pu motiver notre insuccès : épaisseur de la paroi, sa tension déjà forte avant toute introduction de liquide dans le péritoine, rapidité trop grande de l'injection, dimensions de la cavité abdominale notablement supérieures à celles qu'elle présentait dans notre première expérience. Au reste, d'une façon générale, les conditions de production d'un phénomène varient suivant qu'on le recherche sur le vivant ou sur le cadavre, et M. Mouisset dit avoir éprouvé les mêmes difficultés quand il a cherché à produire, sur le cadavre, la sensation de flot par injections d'eau dans la cavité pleurale.

Comme conclusion, nous dirons que, si le choc hépatique peut manquer dans certains épanchements très abondants, la constatation de ce phénomène, en revanche, signifie toujours ascite, comme celle du choc rotulien signifie toujours épanchement liquide dans l'articulation du genou.

Observations suivies d'expériences cadavériques

OBSERVATION I

(Personnelle.)

NEOPLASME DU PYLORE. — CHOC HÉPATIQUE PROVOQUÉ ARTIFICIELLEMENT SUR LE CADAVRE

B. C..., 62 ans, laveuse, entre à l'Hôtel-Dieu, le 7 mai 1901.

Ne se rappelle pas avoir eu de maladies sérieuses antérieurement.

Depuis un an, elle éprouve des douleurs sourdes, mais continues, au niveau du creux épigastrique, surtout du côté droit. Les vomissements, rares au début, sont devenus, depuis un mois, à peu près quotidiens. Ils n'ont jamais été hématiques. Anorexie absolue, avec dégoût de la viande.

Depuis trois jours environ, les vomissements sont devenus beaucoup plus fréquents. La malade dit en avoir eu cinq pendant la journée d'hier. Aujourd'hui, elle en a eu plusieurs depuis son entrée dans le service. Le liquide vomi fait songer, au premier abord, par sa coloration, aux vomissements fécaloïdes; mais il n'en a pas l'odeur.

Amaigrissement considérable. Teinte jaune paille caractéristique.

L'abdomen se présente fortement déprimé, flasque, vergeturé. La paroi est amincie, se laisse plisser facilement.

A la percussion : sonorité bien conservée sur l'hypogastre et dans les flancs, jusqu'à la partie la plus déclive.

A la palpation : l'abdomen est très souple, sauf au niveau de l'hypochondre droit et de la moitié droite de l'épigastre. Dans cette région, on ne sent pas de tumeur; mais on perçoit une résistance plus grande que dans la région homologue du côté gauche. La consistance est d'ailleurs uniforme, on ne sent pas de bosselures.

Clapotage facilement obtenu jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les orifices herniaires sont libres, non douloureux.

Foie. — La matité commence en haut, à la sixième côte, sur la verticale mamelonnaire. Elle descend à 2 cent. seulement au-dessous des fausses côtes. Mais, à la palpation, on peut sentir le bord inférieur du foie à 5 cent. au-dessous des fausses côtes. Pas de choc hépatique dans aucune position.

Rien au cœur, ni aux poumons.

La malade n'est pas allée à la selle depuis trois jours. Mais, hier soir encore, elle a émis des gaz par l'anus.

Elle meurt le 8 mai, au soir.

10 mai : *Autopsie.* — On ponctionne la paroi abdominale sur la ligne médiane, à distance sensiblement égale de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic, et on injecte de l'eau dans la cavité abdominale. Après injection d'un demi-litre, il semble déjà qu'on puisse sentir le foie par la palpation brusque, que la face antérieure de cet organe ne soit plus au contact immédiat de la paroi abdominale. Mais ce n'est pas encore net.

Après injection de 80 centilitres, choc hépatique évident, au niveau de l'hypochondre droit, dans le décubitus dorsal. En tournant un peu le cadavre sur le côté gauche, on parvient à obtenir le choc au niveau de la moitié droite de l'épigastre. Dans le décubitus latéral droit, le choc n'est plus perçu ; on a du clapotage, perceptible à distance au niveau de la région où on le percevait précédemment.

Par la recherche du choc hépatique, comme par la palpation pratiquée du vivant de la malade, on arrive à localiser le bord inférieur à 5 cent. au-dessous du rebord costal.

Après injection de deux litres, le choc hépatique est encore perceptible. En revanche, le foie n'est plus senti par la palpation ordinaire. Dans le décubitus dorsal, le choc est mieux senti un peu à droite de la ligne médiane que sur la verticale mamelonnaire. Au contraire, dans le décubitus latéral gauche, il est moins bien senti à l'épigastre, et devient plus net sur l'hypochondre. Notons que, même après injection de ces deux litres, la paroi n'est pas encore très distendue; il existe un léger ressaut sous le rebord costal. Nous avons dit que, du vivant de la malade, le ventre était fortement excavé.

On pratique alors une incision transversale de 2 centimètres seulement sur la verticale mamelonnaire, à quatre centimètres au-dessous du rebord costal. Un mince filet de liquide

vient sourdre par cette ouverture. On introduit l'index dans la plaie et on sent, avec la pointe du doigt, une surface ferme, lisse et homogène. Avant de retirer le doigt, on mesure, au ras de la plaie, la longueur introduite pour aller jusque sur le foie : 4 centimètres environ.

On incise alors sur la ligne médiane, en commençant immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde. Dès que l'incision a atteint une longueur de 7 centimètres, c'est-à-dire avant qu'elle ait gagné l'ombilic, il commence à s'écouler un peu de liquide. Or le foie descend à 9 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. Il est lisse, sans bosselures, pèse 1.560 grammes. Il est donc plus abaissé qu'hyper'rophé.

Estomac fortement dilaté, descendant à plus de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La partie supérieure est recouverte par le foie. La partie inférieure est visible directement au-dessous de la paroi. On sent que l'estomac est rempli de liquide.

La paroi de l'estomac est partout souple, sauf au niveau de l'orifice pylorique. En ce point, on sent une sorte d'épaississement annulaire, assez limité, appréciable seulement par la palpation. On vérifie, après l'avoir incisée, que cette induration est bien constituée par du tissu néoplasique. L'estomac contient une grande quantité d'un liquide noirâtre, semblable à celui qui était vomi.

Intestin grêle, flasque, rétracté.

La vésicule biliaire contient de nombreux calculs, du volume d'un petit pois.

OBSERVATION II

(Personnelle.)

INSUFFISANCE MITRALE. — CONGESTION DU FOIE. —

PAS D'ASCITE

V. G. . . , 48 ans, mineur, entré à l'Hôtel-Dieu, le 13 avril 1901. Antécédents héréditaires indéterminés. Personnellement il ne se rappelle aucune maladie aiguë antérieure, pas de rhumatismes en particulier. Alcoolisme évident (2 litres de vin par jour, et passablement de liqueurs).

Depuis trois semaines seulement (d'après le malade), toux, dyspnée d'efforts, palpitations.

Poumons. — Sonorité un peu diminuée aux deux bases. A l'auscultation : on entend aux deux bases également, quelques râles sous-crépitaux fins, à l'inspiration seulement. Au même niveau respiration un peu obscure. Plus haut, des deux côtés, quelques sibilances.

Cœur. — Arythmie absolue, souffle systolique couvrant complètement le premier bruit, ayant son maximum à la pointe et se propageant vers l'aisselle.

Oedème blanc généralisé, occupant les membres inférieurs dans toute leur étendue et remontant sur le tronc, jusqu'à la paroi thoracique.

Foie. — Très volumineux, douloureux à la palpation débordant les fausses côtes de 6 centimètres environ sur la verticale mamelonnaire. En haut, la matité hépatique atteint le 5^e espace intercostal, sur la même ligne. Le bord inférieur du foie est senti directement sous la paroi.

Pas de choc hépatique.

(L'observation, prise par notre prédécesseur, dans le service de M. le docteur Roussel, est muette sur la question des signes de l'ascite).

Les urines contiennent un peu d'albumine.

Température normale.

1^{er} mai. — A notre arrivée dans le service, le malade est en proie à une dyspnée plus intense. L'arythmie persiste, malgré l'administration successive de digitale et de caféine. Le foie présente toujours les dimensions ci-dessus indiquées.

Paroi abdominale très œdématiée et tendue. Il semble que, immédiatement au-dessus du pubis, on trouve de la submatité sur une hauteur de deux travers de doigt à peine. Pas de sensation de flot.

Le choc hépatique ne peut être perçu quelle que soit la position du malade.

Le malade meurt le 5 mai.

6 mai : *Autopsie.* — Dès qu'on palpe le ventre, on constate que la paroi est toujours œdématiée, et à peine dépressible.

L'abdomen est ballonné. Par la palpation ordinaire, on peut assigner au foie la même limite inférieure que précédemment.

Ponction de la paroi, sur la ligne médiane, à 8 centimètres au-dessus du pubis. Avec la seringue à hydrocèle on injecte successivement : 50 centilitres, 1 litre, enfin 2 litres de liquide. Après chacune de ces quantités, on recherche soigneusement, sans l'obtenir, le choc hépatique dans les divers décubitus (dorsal, droit et gauche).

On fait alors, sur la verticale mamelonnaire droite, à 4 centimètres 1/2 au-dessus du rebord costal, c'est-à-dire à 1 centimètre 1/2 au-dessous du niveau présumé du bord du foie, une contre-incision transversale de 2 centimètres à peine. Il ne s'écoule pas de liquide et le doigt, introduit dans la plaie, sent, en effet, le foie immédiatement en arrière de la paroi. Sur le point touché, la surface du foie est lisse, de consistance très ferme.

On incise alors, sur la ligne médiane, du haut en bas, en commençant juste au-dessous de l'appendice xiphoïde. Le liquide ne commence à s'écouler qu'à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Au-dessus, des anses intestinales, refoulées vers l'épigastre, faisaient hernie hors de la cavité abdominale, au fur et à mesure qu'on prolongeait l'incision.

Sur cette ligne comme sur la verticale mamelonnaire, le foie était directement appliqué derrière la paroi abdominale. Il est à peine mobilisable d'avant en arrière, par pression directe sur sa face antérieure. Il pèse 2 kilogrammes 120 grammes.

OBSERVATION III

(Personnelle.)

NÉPHRITE CHRONIQUE. — COEUR DE TRAUBE DÉGÉNÉRÉ. —
ANASARQUE.

L. M..., 48 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 juin 1901. Dès son arrivée, elle présente une dyspnée intense. Elle ne peut garder le lit, et passe la journée sur un fauteuil. C'est dans cette position qu'on l'examine.

Anasarque ; œdème énorme des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Il paraît exister une ascite considérable. Sur

la ligne médiane la percussion donne de la matité depuis le pubis jusqu'à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic. La sensation de flot ne peut être perçue.

Malgré l'incommodité de la position de la malade, on recherche le choc hépatique. On ne le trouve pas sur l'hypochondre droit, mais, à l'épigastre, sur la ligne médiane on l'obtient, d'une façon moins nette que d'ordinaire, mais inéniabie cependant. Pour l'obtenir, la pression doit être brusque et forte.

La palpation ordinaire ne permet pas du tout d'arriver sur le foie. La percussion ne pourrait qu'induire en erreur, car on trouve de la sonorité à l'épigastre, précisément au point où l'on perçoit le choc.

Cœur. — Tachycardie (110 pulsations à la minute). Bruits sourds; pourtant on perçoit un galop dans la région mésocardiaque; pas de souffle net au foyer tricuspide.

Albuminurie abondante.

22 mai : *Autopsie.* — Dès qu'on apporte la bière, on constate que, en quelques points, elle est imprégnée jusqu'à l'extérieur par la sérosité qui s'est écoulée du cadavre; il paraît s'agir d'une simple désimbibition cadavérique, car un examen minutieux de la paroi abdominale ne révèle aucun orifice anormal. Toujours est-il que l'abdomen, quoique volumineux encore, est maintenant flasque, et non plus distendu. Dans le décubitus dorsal, la matité sur la ligne médiane ne s'élève plus qu'à 2 cent. au-dessous de l'ombilic. Au-dessus, zone de tympanisme, qui fait place de nouveau à la submatité, à partir d'un point siégeant à 10 cent. au-dessus de l'ombilic. Sur la verticale mamelonnaire droite, le son reste franchement mat, depuis le pli de l'aîne jusqu'au dessus du rebord costal, comme cela existait du vivant de la malade.

A la palpation on peut sentir nettement le foie hypertrophié, soit par la palpation ordinaire, soit par la recherche du choc hépatique qu'on perçoit maintenant aussi bien au niveau de l'hypochondre droit que sur la ligne médiane. Par chacun de ces procédés, on arrive à délimiter le bord inférieur avec ses contours; mais cette sensation, un peu diffuse par la palpation douce et graduelle, est bien plus nette par la palpation brusque et saccadée. Sur la ligne médiane, il passe à un travers de doigt

au-dessous de la limite inférieure de la zone de matité épigastrique (à 8 cent. au-dessus de l'ombilic, au lieu de 10 cent).

On fait alors, sur la ligne médiane, à 12 cent. au-dessus de l'ombilic, une ponction permettant tout juste d'adapter la seringue à hydrocèle. Si nos mensurations relatives au foie sont exactes, nous devons avoir fait cette boutonnière sur un point où la paroi recouvre le foie. Or, dès que le bistouri a traversé la paroi, il s'écoule, par l'ouverture, quelques gouttes de liquide citrin. Donc il existait bien une lame liquide entre le foie et la paroi.

On injecte, par cette ouverture, un litre d'eau : persistance du choc hépatique, soit dans l'hypochondre droit, soit à l'épigastre. Nouvelle injection d'un demi-litre : persistance du choc à l'épigastre ; sur la verticale mamelonnaire droite il est à peine perçu. Notons que, sur cette dernière ligne, la paroi est sensiblement plus œdématiée, plus épaissie que sur la ligne médiane. Enfin, après injection de 2 litres, le choc devient très difficile à sentir, même sur l'épigastre.

On fait alors, sur la ligne médiane, très au-dessous de l'ombilic, une incision de 3 à 4 centimètres qu'on allonge au fur et à mesure que le liquide s'écoule moins abondamment, et on recueille le plus soigneusement possible le liquide ; puis on le mesure : 4 litres 55 centilitres. Donc, avant l'injection de nos deux litres d'eau, il y avait dans l'abdomen environ 2 litres $1/2$ de liquide.

Après avoir fait remonter l'injection jusqu'à l'épigastre, on constate qu'en effet le foie est très volumineux. Son bord inférieur correspond à peu près exactement à la ligne tracée préalablement sur la peau, au crayon dermatographique, d'après la sensation du choc hépatique.

CHAPITRE IV

Diagnostic du choc hépatique

Le diagnostic de choc hépatique peut se poser dans deux conditions différentes.

1^o Dans les cas où l'ascite paraît évidente, et alors que le foie ne peut être senti au-dessous du rebord costal par la palpation classique.

2^o Dans les cas d'ascite douteuse, alors que l'hypertrophie du foie peut être constatée aussi par l'exploration ordinaire.

Dans le premier cas, on devra d'abord rechercher si, par la palpation brusque, on peut arriver à percevoir un contact solide quelconque au niveau de l'hypochondre droit ; puis, si l'on y arrive, s'assurer qu'on est bien tombé sur le foie et non sur un autre organe. En ce qui nous concerne, nous n'avons eu d'hésitation que dans un cas. Il s'agissait d'une ascite pas très abondante, quoique certaine, mais avec ventre très volumineux, chez un sujet obèse. La paroi abdominale était fortement soulevée, au point que les saillies formées par les der-

nières fausses côtes n'étaient plus visibles. En cherchant le choc hépatique, il nous semblait bien qu'on sentait, immédiatement au-dessous du rebord costal, le foie débordant d'un ou deux travers de de doigt seulement; mais, en raison de la faible étendue du contact, nous nous demandions si nos doigts avaient bien porté sur le foie, ou sur le rebord costal lui-même. Pour éliminer cette cause d'erreur, nous avons eu recours à la palpation ordinaire. Cette dernière nous renseigna exactement sur la position du rebord costal, et on put se rendre compte que la partie dure, sentie plus bas par le choc hépatique seulement, était, non pas la côte, mais bien un organe sous-jacent.

Telle est la seule cause d'erreur à laquelle nous ayons eu l'occasion de songer. Mais nous admettons qu'il peut y en avoir d'autres.

Dans certains cas, en percevant le choc hépatique, on pourrait se demander si l'on n'a pas affaire à des *gâteaux de péritonite* sentis à travers une couche liquide. La sensation de bosselures, si la rapidité du contact permet de s'en rendre compte, ne prouvera pas grand'chose, car le foie hypertrophié n'est pas toujours lisse. Mais, dans le cas de gâteaux péritonéaux, la consistance, en général, sera moins dure que celle du foie cirrhotique ou cancéreux; le ventre sera moins étalé; le déplacement des zones mates et sonores moins facile. On pourra souvent se rendre compte que les contacts sont multiples, et sentis en des régions de l'abdomen où l'on ne saurait soupçonner la présence du foie. Même si la

sensation de contact n'est perçue qu'au niveau de l'hypochondre droit, nous croyons qu'on pourra, néanmoins, la différencier de celle que donnerait le foie. Nous avons dit que, par la recherche du choc hépatique, cet organe n'est bien senti, en général, qu'en une région assez limitée. Pourtant, avec de la patience, on arrivera généralement, après avoir senti le bord libre, à s'assurer que la sensation de contact remonte jusqu'au rebord costal. Il est même possible que, au-dessus du point où le foie n'est senti que par la palpation brusque, on arrive à reconnaître la présence de cet organe par les procédés classiques d'exploration. On peut enfin, dans certains cas, suivre sur une faible étendue le bord du foie, surtout si l'on prend la précaution de placer le malade successivement dans les divers décubitus.

Chez la femme, le diagnostic peut se poser surtout avec une *tumeur maligne de l'ovaire* ou bien avec un *volumineux fibrome de l'utérus, accompagné d'ascite*. Ici encore, on tiendra compte des signes rationnels, en faveur d'une affection de l'appareil génital ou du foie, signes fournis par les antécédents et les symptômes fonctionnels. On ne négligera pas de pratiquer le toucher vaginal. Enfin, on cherchera à percevoir, à travers le liquide, le même contact sur des points de l'abdomen éloignés de l'hypochondre droit.

Au cours d'une grossesse, l'hydramnios ne pourra-t-il simuler l'ascite, avec choc hépatique? On sait que dans les cas d'hydramnios moyennement tendu, on perçoit aisément la fluctuation, et que,

d'autre part, on obtient facilement la sensation du ballottement fœtal (Ribemont-Dessaigne, *Précis d'Obstétrique*). Nous avons précisément insisté au chapitre II sur ce point, que le choc hépatique n'est pas un choc en retour et nous pensons qu'on aurait ici l'occasion d'appliquer cette donnée au diagnostic différentiel ; chercher s'il se produit un seul choc ou bien deux chocs successifs ; et, s'il ne s'en produit qu'un, tâcher de se rendre compte de la rapidité avec laquelle il est perçu.

2^o Nous avons, au chapitre précédent, étudié les rapports du choc hépatique avec l'ascite. De ce que nous avons dit, il ressort que, dans les cas d'ascites douteuses, insuffisamment caractérisées par les signes classiques, l'absence du choc hépatique ne permettra pas de conclure, mais que, en revanche, sa présence, si elle est nettement établie, lèvera toute hésitation et devra faire admettre l'existence d'un épanchement dans la cavité péritonéale.

CHAPITRE V

Le choc hépatique dans les diverses maladies de foie.

Peut-on, d'après ce qui vient d'être dit, prévoir dans quelles maladies on pourra trouver le choc hépatique? Théoriquement, il serait aisé de répondre : dans celles où il existe en même temps un foie volumineux et de l'ascite.

En réalité, les choses sont un peu plus compliquées ; d'abord il faut songer à l'hépatoptose coexistant avec de l'ascite. Dans ce cas, le foie déborderait plus ou moins les fausses côtes sans être augmenté de volume. Mais alors sa limite supérieure serait abaissée. De plus, c'est alors seulement, croyons-nous, qu'on pourrait percevoir le phénomène du glaçon, favorisé par le relâchement de tout l'appareil ligamenteux du foie, et caractérisé soit par un double choc, soit par un choc tardif en retour. Nous croyons donc le véritable ballonnement du foie possible dans ces conditions, mais nous n'en avons pas trouvé d'exemple.

D'autre part, le choc hépatique peut manquer dans des cas d'ascite très abondante, alors que le foie est augmenté de volume. Mais une de nos observations montre que, en pareille circonstance, il suffit de retirer par la paracentèse une quantité de liquide bien faible, proportionnellement à la quantité totale (2 litres sur une douzaine au moins), pour que le choc devienne nettement perceptible.

Ce dernier point n'est pas sans importance et nous allons chercher à le montrer en relatant une observation de Dieulafoy.

Il s'agit d'une malade reçue dans un service de chirurgie avec le diagnostic probable de kyste de l'ovaire. Le 5 février 1897 : laparotomie exploratrice. On ne trouve de lésions ni des ovaires, ni du péritoine. On s'arrête alors au diagnostic d'ascite d'origine cirrhotique. Il n'est pas question ici du volume du foie. Le 15 février, la malade passe dans le service de Dieulafoy. Le développement de l'abdomen et le refoulement des anses intestinales rendent impossible, pour le moment, la mensuration du foie. Le 27 mars : paracentèse. On retire seize litres de liquide. Après évacuation : on sent fort bien le bord inférieur du foie, lisse et net, dépassant le rebord costal.

Vu l'abondance par trop grande du liquide dans ce cas, nous conviendrons volontiers qu'il eût été probablement impossible d'obtenir le choc hépatique avant la laparotomie exploratrice, comme chez notre malade de l'observation XI avant la paracentèse. Mais, comme chez ce dernier, il eût suffi sans doute de retirer par la ponction une quantité de

liquide relativement faible pour sentir le choc hépatique, et poser, par suite, le diagnostic véritable, ce qui eût évité à la malade une intervention plus sérieuse.

Cliniquement, le choc hépatique est fréquent dans deux maladies surtout: le foie cardiaque et la cirrhose hypertrophique d'origine alcoolique.

Dans le cas de foie cardiaque, la constatation du choc hépatique n'a pas grande importance, si le diagnostic causal de l'ascite est nettement posé d'après l'auscultation du cœur. On sait, en effet, que, dans ce cas, le foie doit être gros. Mais le diagnostic étiologique peut être douteux, et alors la constatation du choc hépatique est fort utile pour le confirmer. Ça été le cas pour le malade de l'observation X. Il avait été reçu, sans diagnostic précis, dans le service de M. le Dr Duchamp, de qui nous étions alors l'interne. Le chef de service constata, en auscultant le cœur, la présence d'un souffle systolique de la pointe dont la propagation vers l'aisselle lui parut douteuse. Un des frères du malade était mort de tuberculose pulmonaire. Lui-même avait eu, deux ans auparavant, une pleurésie avec épanchement. En présence de ces antécédents, ne pouvait-on songer à une péritonite tuberculeuse? La constatation du choc hépatique, avant toute paracentèse, vint trancher ces hésitations.

On porta le diagnostic de foie cardiaque, diagnostic qui fut confirmé par la paracentèse. Le malade fut alors envoyé en médecine.

Beaucoup plus intéressante est la constatation du

choc hépatique dans le cas de cirrhose d'origine alcoolique. Dans ce cas, en effet, si l'ascite est trop abondante pour permettre l'exploration du foie par la palpation ordinaire, la percussion pourra induire en erreur, et la recherche du choc hépatique restera le seul moyen de se rendre un compte exact du volume du foie. Or, on sait aujourd'hui que cette notion n'est pas sans importance; car si, dans les deux cas, l'étiologie est la même, le pronostic varie notablement suivant que le foie cirrhotique est atrophie ou, au contraire, augmenté de volume. Dans ce dernier cas, il est bien plus favorable. « Les deux tiers des cas publiés de cirrhose améliorées ou guéries se rattachent à la forme hypertrophique. » (Dieulafoy).

Cette remarque existait déjà dans la septième édition de l'ouvrage, édition parue en 1894. Mais, à cette époque, l'auteur est muet sur l'exploration en cas d'ascite du foie hypertrophié. Il se borne à dire : « Le foie dépasse le bord costal de plusieurs travers de doigts. Il est ferme, son rebord est mousse, et sa surface est parfois hérissée d'inégalités ».

D'autre part, à propos de la cirrhose atrophique, le même auteur écrit simplement : « L'atrophie du foie n'est pas toujours facile à constater, à cause de la tympanite abdominale et de l'ascite. Il est quelquefois possible de sentir le bord inférieur du foie, et de s'assurer qu'il est devenu mousse et irrégulier ».

Dieulafoy n'est pas plus explicite dans la neuvième édition, parue en 1896. Au contraire, dans la treizième, parue tout récemment, Dieulafoy consacre un cha-

pitre spécial à la curabilité des ascites cirrhotiques et des cirrhoses du foie, et y donne un résumé de sept observations, dont deux personnelles, se rapportant toutes à des cas de cirrhose hypertrophique avec ascite, et se terminant toutes, soit par la guérison, soit du moins par une amélioration notable. Or, une seule de ces observations (Dieulafoy) spécifie que le diagnostic d'hypertrophie du foie avait été fait avant toute ponction par la palpation brusque. Cinq autres observations, telles qu'on les trouve résumées dans Dieulafoy, ne spécifient pas quand et comment le diagnostic d'hypertrophie du foie a été porté, s'il a été fait avant ou après une ponction, par la palpation ordinaire ou par dépression brusque de la paroi.

La recherche du choc hépatique est mentionnée aussi par Z. Kahn (*Etude sur les régénérations du foie dans les états pathologiques*, Th. Paris 1897), on y lit les phrases suivantes : La seule différence qui existe entre les formes atrophique et hypertrophique de la cirrhose alcoolique, dans un grand nombre de cas, porte sur le volume du foie ; et il faudra souvent une ponction pour l'établir. On pourra alors, sur une paroi amincie par distension, apprécier le volume de l'organe soit par la palpation, soit par une série de petits chocs. »

En somme, l'examen comparé de diverses éditions de Dieulafoy semble bien démontrer que, si l'exploration du foie, par la palpation brusque, était signalée par des auteurs anciens, elle n'est entrée que depuis un très petit nombre d'années, dans la

pratique courante. La date relativement récente de la thèse de Z. Kahn (1897), le silence observé sur ce procédé par Françon (*loc. cit.*), et par Hanot et Gilbert, qui, les premiers, distinguent nettement la cirrhose hypertrophique alcoolique de la cirrhose atrophique (Soc. Méd. des Hôpitaux, 23 mai 1890), plaident dans le même sens. Or, si l'on veut se reporter à la première observation où notre maître a fait signaler le choc hépatique, on voit qu'elle date de 1891, c'est-à-dire d'une époque à laquelle le phénomène était peu étudié.

Nous avons indiqué les deux principales affections du foie où l'on peut trouver le choc hépatique, et nous publions des observations de l'une et de l'autre. Mais ces affections ne doivent pas être les seules. Comme exemple de choc hépatique dans la cirrhose tuberculeuse, nous croyons pouvoir citer notre obs. VI. L'examen histologique ne fut pas pratiqué. Mais l'absence d'antécédents et de stigmates alcooliques, d'une part, et d'un autre côté, la coexistence de lésions tuberculeuses du poumon et du péritoine, sont éminemment favorables à notre opinion.

Le choc hépatique doit manquer, et dans les affections du foie où cet organe est petit, ou non augmenté de volume (cirrhose atrophique, ictère catarrhal, ictère grave), et dans celles où l'augmentation du volume du foie ne s'accompagne pas d'ascite (cirrhose biliaire de Hanot, cirrhose calculieuse). Notre maître nous a, en effet, communiqué un certain nombre d'observations relatives à la cir-

rhose de Hanot, dans lesquelles on signale l'absence du choc hépatique. Nous en publions une suivie d'autopsie.

Le cancer nodulaire du foie passe pour s'accompagner souvent d'ascite. Cependant, dans deux observations du cancer du foie, suivies d'autopsies confirmatives, on a constaté, cliniquement : l'absence du choc hépatique et de tout autre signe d'ascite ; à l'autopsie : l'absence de tout épanchement péritonéal. Dans les deux cas, il s'agissait de cancers nodulaires, et non pas de cancers massifs.

Le choc hépatique a fait défaut dans un cas de cirrhose palustre, que nous avons eu l'occasion de voir l'an dernier, pendant notre premier semestre chez M. le Dr Roussel, à une époque où nous ne songions point à étudier spécialement ce phénomène. Le foie était énorme ; il descendait à quatre travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne droite. La rate était, elle aussi, fortement augmentée de volume. L'hypogastre et la partie inférieure des deux fosses iliaques étaient, d'ailleurs, franchement sonores. Ce malade avait eu la fièvre intermittente au Tonkin, et ne présentait ni antécédents, ni stigmates d'alcoolisme. C'est la seule de nos observations qui ait trait à une cirrhose dont l'origine palustre soit indiscutable.

Nous ne savons, faute d'observations, si l'on peut trouver le choc hépatique dans la syphilis du foie. Mais il est rationnel de le supposer, cette maladie comptant l'ascite au nombre de ses symptômes habituels.

En résumé, nous pensons que la recherche du choc hépatique, peut être utile au diagnostic des maladies de foie en général, plus particulièrement au diagnostic des cirrhoses, ainsi qu'à leur pronostic.

OBSERVATIONS

A. — Observations où on a noté le choc hépatique

OBSERVATION IV

(Résumée.)

CIRRHOSE ALCOOLIQUE HYPERTROPHIQUE DU FOIE

D. J..., 60 ans, employé du P. L. M., entre à l'Hôtel-Dieu le 3 janvier 1891. A toujours eu une santé parfaite jusqu'à une époque remontant à deux ans. Habitudes alcooliques contractées au régiment.

Il y a deux ans, le malade a commencé à éprouver quelques troubles dyspeptiques. Peu après, et dans l'espace de quatre mois, il a eu deux hémalémèses abondantes qui ne se sont pas reproduites depuis lors.

Depuis cette époque, aggravation des troubles dyspeptiques; amaigrissement considérable; quant à l'augmentation du ventre le malade ne l'a remarquée que depuis trois semaines.

Actuellement le facies est légèrement amaigri, mais sans teinte ictérique. Le ventre, manifestement augmenté de volume, n'offre pourtant pas l'aspect typique du ventre de batracien. Pas de réseau veineux sous-cutané. Sensation de flot très nette. Le liquide, dont on peut évaluer la quantité à quatre ou cinq litres, se déplace suivant toutes les positions que prend le malade. La cicatrice ombilicale est légèrement

déplissée. Rate manifestement hypertrophiée, douloureuse à la pression.

Le foie est un peu augmenté de volume. La matité commence dans le sixième espace intercostal droit, sur la verticale mamelonnaire. Quant à son bord libre, il n'est guère accessible; on sent cependant, *à l'aide d'un choc brusque*, qu'il dépasse de trois travers de doigt environ le rebord des fausses côtes.

OBSERVATION V

(Résumée)

DIARRHÉE CHRONIQUE

CIRRHOSE ALCOOLIQUE HYPERTROPHIQUE DU FOIE. — ASCITE

P. J., 37 ans, mécanicien, entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 novembre 1891.

Il avoue boire, en moyenne, 3 litres de vin par jour; — en outre de nombreux petits verres de rhum ou d'eau-de-vie dans le courant de la journée.

Depuis le mois de janvier de cette année, il a beaucoup maigri et a été pris d'une diarrhée chronique. Actuellement, il possède encore un certain embonpoint, bien qu'il ait perdu 35 kilos sur 113.

L'abdomen est volumineux. Le ballonnement porte surtout sur la partie sus-ombilicale. Pas de sensation de flot.

A la percussion dans le décubitus dorsal et sur la ligne médiane, on trouve de la submatité, en remontant, depuis le pubis jusqu'à trois travers de doigt au-dessus. Au même niveau, matité sur les flancs. Dans les décubitus latéraux, le flanc supérieur devient très sonore.

Foie. — La matité hépatique paraît un peu augmentée d'étendue. Elle commence en haut, à deux travers de doigt au-dessous du mamelon. En bas, elle se continue jusqu'à deux travers de doigt environ au-dessous des fausses côtes.

A la palpation, on ne sent pas nettement le bord inférieur du foie. Au contraire, par la recherche du choc hépatique, qu'on obtient nettement sur la verticale mamelonnaire, on

arrive à bien délimiter ce bord. Il passe à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes, sur la verticale mamelonnaire et vient se perdre, sous les fausses côtes gauches, à 10 cent, de la ligne médiane.

Pas de zone mate dans la région splénique. Par la palpation il semble pourtant qu'on puisse percevoir l'extrémité inférieure de la rate un peu au-dessus des fausses côtes.

Rien au cœur, ni aux poumons.

21 décembre : Le malade meurt à la suite d'une abondante hémoptysie. Il avait quitté le service du 28 novembre au 5 décembre, et était rentré avec un état général bien plus grave.

Autopsie. — A l'incision de la paroi abdominale, il s'écoule un liquide assez abondant.

Foie gros, pesant 2,280 gr.

Rate un peu augmentée de volume, pesant 300 gr.

Pas de sang dans les voies digestives.

L'hémorrhagie s'est faite dans le poumon droit, dont le sommet est infiltré de granulations, et dont le lobe inférieur est franchement hépatisé (tissu compact, ne surnageant pas).

OBSERVATION VI

PLEURÉSIE GAUCHE AVEC ÉPANCHEMENT. — TUBERCULOSE DU SOMMET DROIT. — CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE DU FOIE. — CHOC HÉPATIQUE.

V. M..., 39 ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 mai 1893.

Un frère et une sœur morte d'affection chronique de la poitrine. Notre malade a soigné pendant quelque temps celle de ses sœurs qui est morte.

Rougeole à l'âge de 8 ans. Variole il y a 3 ans. A la suite de son second accouchement, abcès pelvien qui s'est ouvert au-dessus du pli de l'aîne droit. Tousse depuis 4 mois seulement.

Actuellement elle est très oppressée et éprouve, du côté gauche de la poitrine, une douleur pas très intense.

Thorax. — A gauche, signes typiques de pleurésie avec épanchement. Au sommet droit : schéma S +, V +, R — En

autre dans la fosse sus-épineuse, on entend, après la toux, quelques râles sous-crépitaux humides ; pas de souffle.

Cœur.— Rapide ; bruits sourds. Il ne paraît pas exister de souffles.

Foie.— Descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Bien qu'il soit accessible à la palpation ordinaire, il semble qu'on puisse obtenir aussi le choc hépatique par des secousses brusques imprimées à la paroi.

Pas d'autres signes d'ascite, sauf de l'abaissement des culs-de-sac vaginaux. Col de l'utérus à peine saillant.

L'utérus est peu mobile, peut-être en raison d'adhérences créées par l'ancien abcès pelvien signalé dans les antécédents.

8 juin.— Choc hépatique plus net. Sur l'hypogastre, zone mate, remontant à peine à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Pas de flot.

10 juillet : *autopsie.*— L'abdomen contient une petite quantité de liquide ascitique. Nombreuses granulations sur le péritoine :

Foie débordant fortement les fausses côtes, lisse, ne contenant pas de tubercules, mais de consistance plus ferme que normalement, sans que, pourtant, le foie crie sous le couteau.

Poumons.—A gauche : épanchement pleural abondant. Granulations sur la plèvre. Pas de tubercules dans ce poumon.

Au sommet droit : ramollissement. Une cavernule grosse comme une noisette,

OBSERVATION VII

CIRRHOSE VASCULAIRE HYPERTROPHIQUE DU FOIE AVEC ASCITE. CHOC HÉPATIQUE.

M. M..., 41 ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu, le 22 mai 1894.

Fièvre typhoïde à 10 ans. Jamais de rhumatismes. Nie tout excès alcoolique, mais avoue avoir, depuis plus de deux mois, des pituites matutinales, presque quotidiennes. Depuis un mois : épistaxis presque tous les matins. Quelques hématuries, rares et peu abondantes.

Depuis deux mois : œdème de la paroi abdominale. L'œdème des jambes n'a fait son apparition qu'un peu plus tard ; il paraît léger en comparaison de celui de l'abdomen.

Ventre distendu. Veinosités développées sur toute la surface de l'abdomen. Dans le décubitus dorsal, matité dans les flancs ; sur la ligne médiane, elle remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Déplacement des zones mates et des zones sonores par les décubitus latéraux. Sensation de flot.

Foie. — La matité hépatique ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Le météorisme abdominal empêche de percevoir le foie dans l'hypochondre par une palpation douce. Mais, sur la verticale mamelonnaire on perçoit nettement le choc hépatique, qui permet de trouver le bord du foie à 5 centimètres au-dessous du rebord costal.

Pas de zone mate dans la région splénique.

Cœur. — Souffle méso-systolique, ne couvrant pas le premier bruit ; diminuant pendant l'expiration.

Poumons. — Submatité et râles sous-crépitaux, sans souffle, sur la moitié inférieure du poumon droit. Rien au poumon gauche.

Urines. — Pas d'albumine.

24 mai. — Toucher vaginal : utérus abaissé, plus mobile dans le sens latéral que dans le sens antéro-postérieur. On se rend bien compte qu'il flotte dans un liquide.

Culs-de-sac distendus par le liquide, non douloureux.

Dans les décubitus latéraux le cul-de-sac latéral situé du côté déclive s'abaisse complètement.

31 juillet : *autopsie.* — Ascite énorme.

Le foie n'est pas hypertrophié (il pèse 1,300 gr. seulement), mais il est abaissé fortement et dépasse le rebord costal de près de trois travers de doigt. Il est dur à la coupe. Tissu blanchâtre, homogène et résistant.

Pas de tubercules sur le péritoine qui n'est pas épaissi.

Cœur. — Petit, mou. Pas de lésion orificielle.

OBSERVATION VIII

CIRRHOSE MIXTE. — ASCITE

V. M..., 59 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 décembre 1894. Elle nie l'alcoolisme. A 12 ans, fièvres paludéennes, qui n'ont jamais reparu depuis lors, mais auraient duré plus d'un an. Ne se rappelle aucune maladie aiguë.

Il y a un an, début de l'affection actuelle par des troubles dyspeptiques, puis apparut de l'ictère, qui persiste encore, mais assez léger.

Actuellement : ventre de batracien. Légère circulation collatérale. Dans le décubitus dorsal, matité sur l'hypogastre, à partir d'une ligne courbe, à concavité supérieure qui, sur la ligne médiane, passerait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sensation de flot obscure, à cause de l'œdème de la paroi abdominale.

Le foie est difficile à délimiter, étant donné le volume du ventre. On ne peut le percevoir qu'en déprimant brusquement la paroi abdominale. On arrive ainsi, en recherchant à divers niveaux le choc hépatique sur la verticale mamelonnaire, à localiser le bord inférieur du foie à 8 centimètres au-dessous des fausses côtes, sur cette ligne le bord devient plus facilement accessible lorsqu'on se rapproche de la ligne médiane. Sur cette dernière, il passe à 12 centimètres au-dessus de l'ombilic, à 7 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde. Puis son bord se relève et vient se perdre, sous les fausses côtes gauches, à 14 cent. en dehors de la ligne médiane. La consistance du foie, autant qu'on en peut juger par des contacts aussi courts, paraît très ferme, sinon franchement dure.

Rate. — Encore plus difficile à percevoir que le foie. A la percussion, on trouve sur la ligne axillaire gauche, une zone de submatité d'une hauteur de près de 8 centimètres commençant en haut dans le 7^e espace intercostal et ne dépassant pas, en bas, le rebord costal. Mais une palpation très profonde permet d'arriver sur un corps arrondi, qui semble être l'extrémité inférieure de la rate, et dont la pointe siège à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes.

Poumons. — Signes d'emphysème.

Cœur. — Souffle mésosystolique, nettement extra-cardiaque.

Urines. — *Pas d'albumine.*

12 janvier : *Autopsie.* — Liquide ascitique clair, un peu moins abondant que ne l'aurait fait supposer le volume du ventre.

Foie volumineux, pesant 2250 gr. Il est très dur. Surface granuleuse, parsemée de petites villosités jaunes, de la grosseur d'une tête d'épingle. A l'intérieur, nodules jaunâtres, semés dans un tissu verdâtre, qui crie sous le couteau.

Rate volumineuse et dure, pesant 650 gr.

Cœur. — Pèse 450 gr. Pas de lésion orificielle.

OBSERVATION IX

(Personnelle.)

NÉPHRITE CHRONIQUE. — CONGESTION PLEURO-PULMONAIRE.

L. M., 48 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 juin 1901. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on note seulement qu'elle a eu neuf enfants, dont deux morts en bas âge; les autres bien portants. En outre, deux fausses couches, interposées entre des accouchements normaux.

Depuis quatre mois, elle se sent oppressée; depuis trois semaines seulement, apparition d'œdème aux membres inférieurs. Enfin, il y a deux jours seulement, apparition, du côté droit du thorax, d'un point qui persiste encore.

Actuellement, la dyspnée est assez intense. La malade garde au lit la position assise. Rythme respiratoire accéléré (40 respirations par minute). Crachats hémoptoïques, ayant une teinte franchement rouge, et non pas rouillée.

Poumons. — En arrière : sonorité bien conservée aux sommets; submatité aux deux bases. Du côté droit, la submatité remonte plus haut qu'à gauche, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Vibrations à peu près égales des deux côtés, sur toute la hauteur. A l'auscultation,

tion, on entend, sur tous les points, un mélange de râles fins, surtout inspiratoires, et de gros râles de bronchite. En outre au niveau du tiers moyen du poumon droit, gros souffle aux deux temps, à tonalité grave, à timbre rude.

En avant : des deux côtés et sur toute la hauteur, râles ronflants et sibilants. Pas de râles fins ni de souffle.

Cœur. — Pointe difficile à localiser, Elle paraît battre dans le 6^e espace, à deux travers de doigt en dehors de la verticale mamelonnaire. Rythme régulier, mais accéléré. Bruit de galop difficilement perçu (les bruits sont sourds). Pas de souffle, à la pointe ni à la base. Pouls régulier, mais très petit, 130 environ.

Saillie légère des jugulaires. Pas de pouls veineux.

Anasarque. L'œdème existe non seulement aux membres inférieurs, mais aussi sur l'abdomen, le thorax, et jusque sur les mains.

Abdomen très souple, sonore en bas jusqu'au pubis. Matité à la partie la plus déclive des deux flancs. Dans les décubitus latéraux le flanc supérieur devient sonore. Pas de sensation de flot.

Foie. — Sur la verticale mamelonnaire, la matité hépatique déborde les fausses côtes de deux travers de doigt à peine. Par la palpation ordinaire on sent le bord inférieur à deux travers de doigt et demi au-dessous du rebord costal. Le choc hépatique n'est pas perçu dans le décubitus dorsal, mais, dans le décubitus latéral droit, on le perçoit nettement. Le bord inférieur est perçu, par ce procédé, comme par la palpation ordinaire, à un peu plus de deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Urines. — Très troubles. Après filtration l'acide azotique y donne un abondant précipité qui ne disparaît pas par la chaleur.

Température. — 38°7, le soir de l'entrée.

Toucher vaginal. — Utérus très mobile. Abaissement assez prononcé des culs-de-sac. Col peu saillant.

15 juin : Amélioration de l'état général. La malade a un peu désenflé, mais les signes physiques thoraciques ne sont guère modifiés. Persistance du choc hépatique, dans le décubitus latéral droit seulement.

19 juin : A la suite de l'abaissement de la température, qui s'est produit depuis deux jours, l'état de la malade s'est aggravé. La dyspnée est plus vive. Aux poumons : persistance du souffle du tiers moyen du poudron droit, mais avec un timbre plus aigre, se rapprochant de celui du souffle pleurétique. A gauche et en arrière : matité à partir et au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; dans toute la moitié inférieure du poumon : souffle doux, profond, aux deux temps, ayant son maximum à la base où il est accompagné, à l'inspiration seulement, de râles fins. Vibrations abolies au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Dans la même région la voix prend un timbre se rapprochant de celui de l'égophonie.

Cœur. — Régulier. Le rythme de galop est mieux perçu qu'au début. Toujours pas de souffle.

Abdomen. — Bien que, sur la ligne médiane, on trouve toujours de la sonorité jusqu'au pubis, on peut obtenir maintenant le choc hépatique même dans le décubitus dorsal. Les flancs sont toujours mats. Pas de sensation de flot.

OBSERVATION X

(Personnelle.)

SYMPHYSE DU PÉRICARDE. — FOIE CARDIAQUE. — ASCITE.

A. L..., 13 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 26 mars 1901. — Père mort d'une cardiopathie. Mère souffrant, depuis plusieurs années, d'oppression. Un frère mort probablement de tuberculose pulmonaire, deux autres et une sœur bien portants. Personnellement, il y a deux ans : pleurésie gauche, ayant nécessité une thoracentèse. Depuis lors il est resté sujet à la dyspnée d'effort. Jamais d'attaque de rhumatisme articulaire.

Il y a six mois environ, l'enfant a remarqué que son ventre grossissait peu à peu, en même temps que la dyspnée devenait plus vive.

Il se présente à l'hôpital avec une cyanose assez caractérisée de la face et des lèvres. Il se tient de préférence dans le décubitus latéral droit, le gauche augmentant la dyspnée. Accélération notable du rythme respiratoire.

Cœur. — La pointe est faiblement sentie dans le cinquième espace et sur la verticale mamelonnaire. Sa position reste invariable, malgré les changements de position du malade. Rythme régulier, mais rapide. A la pointe, on entend un souffle systolique, en jet de vapeur, couvrant complètement le premier bruit et se propageant vers l'aisselle.

Pouls petit, régulier : 132 à la minute. Rien aux poumons.

Ventre de batracien, avec réseau veineux sous-cutané assez développé. Paroi fortement tendue. Sensation de flot nettement perçue. Matité dans les flancs et à l'hypogastre. Dans le décubitus dorsal et sur la ligne médiane elle s'élève à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Foie. — Sur la verticale mamelonnaire, la matité hépatique commence, en haut, à 3 cent. au-dessous du sein, et se prolonge, en bas, à 3 cent. environ au-dessous des fausses côtes. Par la percussion seule, la hauteur du foie (sur la même ligne) devrait être évaluée à 11 cent.

La palpation ordinaire ne peut donner aucun renseignement sur le volume du foie, à cause de la forte tension de la paroi abdominale.

Dans le décubitus dorsal, le choc hépatique n'est pas perçu sur la verticale mamelonnaire. Au creux épigastrique on peut le soupçonner, mais il serait impossible d'être très affirmatif.

Dans le décubitus latéral gauche le choc hépatique est nettement perçu, sur la verticale mamelonnaire droite, jusqu'à 7 cent. au-dessous du rebord costal. A 8 cent., on ne le sent plus. Grâce à cette sensation, et en tenant compte de la limite supérieure, fournie par la percussion, on peut évaluer la hauteur totale du foie, non plus à 11, mais à 15 cent. environ. Au contraire, à l'épigastre, le choc n'est plus perceptible. Dans le décubitus latéral droit, le choc n'est perceptible sur aucun point.

27 mars : Paracentèse sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. On retire 3,150 gr. d'un liquide citrin.

Après la ponction il existe encore de la submatité à la partie déclive des deux flancs. Le bord inférieur du foie est maintenant très accessible à la palpation douce; sur la verticale mamelonnaire on le sent nettement à 7 cent. au-dessous du

rebord costal, c'est-à-dire juste au niveau où nous l'avions localisé par la palpation brusque et saccadée.

5 mai : Le liquide ascitique s'est reproduit. La paroi abdominale est tendue de nouveau, à peu près autant qu'à l'entrée du malade, semble-t-il. Dans le décubitus dorsal le choc hépatique est perceptible au niveau de l'épigastre, immédiatement à droite de la ligne médiane. Il ne l'est pas dans l'hypochondre, sur la verticale mammelonnaire. Comme nous l'avions observé à l'entrée du malade, le décubitus latéral gauche fait apparaître le choc hépatique sur la verticale mammelonnaire et le rend moins net au voisinage de la ligne médiane.

18 mai : Le malade quitte le service, sur le désir de ses parents. Il n'a pas subi de nouvelle paracentèse.

OBSERVATION XI

(Personnelle.)

CIRRHOSE ALCOOLIQUE HYPERTROPHIQUE DU FOIE.

T. J..., 38 ans, épicier, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 mai 1901. Père mort d'une cardiopathie ; mère morte « d'une maladie de foie » (le malade ne peut préciser davantage). Trois sœurs en bonne santé.

Personnellement il ne signale, dans ses antécédents, aucune autre maladie sérieuse. Depuis trois ans, il exerce la profession d'épicier. Buvait environ deux litres et demi de vin par jour et, tous les jours, avant son repas de midi, un verre à Bordeaux d'eau de noix mêlée d'eau d'arquebuse, parfois deux.

Les premiers symptômes de la maladie actuelle se seraient fait sentir il y a une année. Le malade a vu peu à peu son ventre augmenter de volume. Depuis le 20 août de l'an dernier, il a subi onze paracentèses, dont la dernière il y a huit jours seulement.

A son arrivée dans le service, il présente un ventre de batracien, paraissant distendu au maximum. L'ombilic forme une

saillie bleuâtre, rénitente, du volume d'un gros œuf de poule, mais ayant une forme trilobée; l'aspect fait songer à celui d'une tomate.

Réseau veineux sous-cutané assez développé. Sensation de flot évidente. Dans le décubitus dorsal, qui est très péniblement supporté par le malade, matité absolue dans les flancs, et sur l'hypogastre. Sur la ligne médiane, la sonorité n'apparaît qu'à 11 cent, au-dessus de la cicatrice ombilicale. Dans les décubitus latéraux, le flanc supérieur devient très sonore.

Le volume du foie et de la rate est impossible à apprécier par la palpation ordinaire, et même par la palpation saccadée (pas de choc hépatique, ni dans le décubitus dorsal, ni dans les décubitus latéraux). Au reste, la recherche de ce phénomène paraît fatiguer beaucoup le malade.

A la percussion, la matité hépatique commence en haut, immédiatement au-dessous du mamelon; en bas, elle se continue, au-dessus du rebord costal, sur une hauteur de trois travers de doigt, au niveau de la verticale mamelonnaire.

Sur la verticale mamelonnaire gauche: zone de matité commençant, en haut, à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et descendant à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Cœur. — Régulier, mais rapide. Souffle méso-systolique, ayant son maximum dans la région méso-cardiaque, ne couvrant pas complètement le premier bruit, ne se propageant pas vers l'aisselle.

Les jugulaires ne font pas saillie sous la peau. Pouls régulier: 120; assez ample.

Œdème considérable des membres inférieurs, remontant jusqu'aux plis de l'aîne.

Poumons. — Râles sous-crépitants moyens aux deux temps; entendus aux deux bases.

Urines. — Limpides. Ne contiennent pas d'albumine.

Température. — 38°6 le soir de l'entrée. On décide une paracentèse d'urgence. Aussitôt que le trocart a traversé la paroi abdominale, il s'écoule un liquide citrin. Pendant que l'écoulement se continue, on recherche soigneusement le choc hépatique, à plusieurs reprises.

Quand le liquide retiré atteint deux litres, on arrive à perce-

voir le choc hépatique au niveau du creux épigastrique seulement. On ne le sent pas dans l'hypochondre droit. A ce moment, la limite supérieure de la matité ascitique est encore à un travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure de la saillie formée par l'ombilic.

A trois litres environ, apparition du choc dans l'hypochondre droit, sur la verticale mamelonnaire. Dès ce moment on peut se rendre compte que, sur cette dernière ligne, le foie déborde les fausses côtes de 10 centimètres environ.

A quatre litres, on sent le choc non seulement à l'épigastre et sur la verticale mamelonnaire, mais même jusqu'à deux travers de doigt en dehors de cette ligne. Limite supérieure de la matité ascitique à un centimètre au-dessus du centre de la cicatrice ombilicale.

A sept litres, on arrête la paracentèse. Choc hépatique bien perçu, dans le décubitus dorsal, depuis la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigt en dehors de la verticale mamelonnaire droite. En faisant tourner un peu le malade sur le côté gauche on fait disparaître le choc au voisinage de la ligne médiane, mais on arrive à le sentir bien plus facilement dans l'hypochondre droit, et jusqu'à quatre travers de doigt en dehors de la verticale mamelonnaire. La consistance du foie est dure. A ce moment, la limite supérieure de la matité ascitique est encore à un centimètre au-dessus de l'extrémité inférieure de la saillie formée par l'ombilic.

Depuis lors, le malade a subi deux nouvelles paracentèses, de sept litres chacune, l'une le 23 mai, l'autre le 14 juin. Comme lors de la première intervention le ventre était très distendu. Le choc, non perceptible avant la ponction, apparaissait à l'épigastre d'abord, puis dans l'hypochondre droit, après évacuation de deux à trois litres de liquide, quantité bien faible en comparaison de la quantité totale qui doit être contenue dans l'abdomen.

L'état général est un peu plus satisfaisant qu'à l'entrée du malade, mais le liquide se reproduit avec rapidité. Voici, en effet, ce qui est noté sur l'observation à la date du 30 mai :

Les suites de la paracentèse du 23 mai ont été très satisfaisantes, mais le liquide s'est reproduit. Aujourd'hui, dans le décubitus dorsal, le choc hépatique n'est plus perçu. La cica-

trice ombilicale est distendue de nouveau. Dans le décubitus latéral gauche, on obtient difficilement le choc hépatique, mais on y arrive, surtout si l'on a soin de faire coïncider la pression des mains avec l'expiration du malade. Dans le décubitus latéral droit, et malgré des recherches prolongées, on ne peut déterminer le choc.

OBSERVATION XII

(Personnelle.)

CIRRHOSE ALCOOLIQUE HYPERTROPHIQUE. — ASCITE

C. R..., 52 ans, mineur, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 juin 1901. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. Personnellement : ne se rappelle pas de maladies sérieuses antérieures, Habitudes éthyliques avérées : chaque jour trois litres de vin ; absinthisme, un peu de rhum.

Depuis sept mois le malade, déjà gros, avait dû quitter son travail, parce que, dit-il, il se sentait oppressé. Depuis trois mois, sans troubles digestifs préalables, il a vu son ventre augmenter beaucoup de volume.

Actuellement l'abdomen présente l'aspect classique du ventre de batracien. Léger réseau veineux sous-cutané. A la percussion : matité sur l'hypogastre, remontant sur la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sensation de flot perceptible seulement par une percussion très superficielle. Paroi abdominale épaisse, fortement musclée.

Foie. — La matité hépatique commence en haut, à sept centimètres au-dessous du rebord costal. La palpation ordinaire pourrait faire soupçonner que le foie déborde légèrement les fausses-côtes. Mais la sensation n'est pas nette.

On recherche le choc hépatique dans le décubitus dorsal. On l'obtient difficilement, à deux ou trois reprises. En faisant coucher le malade sur le côté gauche, le choc hépatique n'est pas perçu. Au contraire, dans le décubitus latéral droit, on l'obtient avec la plus grande facilité et la plus grande netteté sur une largeur assez grande (de douze centimètres), en sui-

vant le rebord, que le foie dépasse à peine d'un travers de doigt. Pas d'influence de la respiration.

Rate. — Matité splénique perçue sur une hauteur de quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Au-dessous on ne peut la percevoir, ni par la palpation, ni par la percussion.

Poumons. — En arrière quelques râles de congestion à la base gauche.

Rien en avant.

Cœur. — Régulier. Les deux bruits sont bien frappés.

Urines. — Pas d'albumine.

Température. — 37°8 le soir de l'entrée.

18 juin : Depuis son entrée dans le service le malade a uriné beaucoup. Le ventre est plus souple. Pas de modifications sensibles de la limite supérieure de la matité.

Le choc hépatique est perçu un peu plus facilement, même dans le décubitus dorsal, sur une largeur de cinq à six centimètres, à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Cette largeur de cinq à six centimètres, sur laquelle on sent le choc, est coupée, par la verticale mamelonnaire, en deux portions inégales : quatre centimètres en dehors, deux centimètres en dedans. Dans le décubitus gauche, pas de choc hépatique.

Dans le décubitus latéral droit, le choc est perçu plus facilement et sur une plus grande étendue (15 cent.). On arrive facilement sur le rebord du foie, dur et moussé.

Le choc est mieux perçu pendant l'expiration.

22 juin : L'ascite paraît avoir diminué ; la limite supérieure de la matité passe, à présent, à trois gros travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane. La sensation de flot est à peine perceptible. On peut l'obtenir en faisant incliner un peu le malade sur le côté gauche, la main réceptrice étant placée dans la fosse iliaque gauche, la main percutante dans la fosse iliaque droite, une troisième main de champ sur la ligne médiane.

Le liquide est assurément peu abondant, et le volume du ventre, encore considérable, dû surtout au ballonnement.

Dans le décubitus dorsal on arrive, non sans difficultés, à percevoir le choc sur une largeur de cinq centimètres au-dessous des fausses côtes que le foie déborde à peine. On se demande, à plusieurs reprises, si la surface résistante sur

laquelle on arrive n'est pas la dernière côte, mais on s'assure que c'est bien le foie qui est atteint.

Dans le décubitus latéral gauche, le choc hépatique disparaît complètement. Dans le décubitus latéral droit, le choc hépatique est perçu un peu plus facilement que dans le décubitus dorsal.

OBSERVATION XIII

(Personnelle).

NÉPHRITE CHRONIQUE. — CONGESTION DU FOIE. — ASCITE PEU ABONDANTE.

C. J. . . , 52 ans, dévideuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 31 mai 1901. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. Personnellement elle ne se rappelle qu'une maladie aiguë de l'appareil respiratoire, à l'âge de 28 ans. Elle en était bien guérie, ne toussait plus du tout. Mariée à 20 ans, elle n'a eu qu'un enfant, encore vivant et en bonne santé. Pas de fausses couches. Nie toutes habitudes éthyliques.

Depuis deux ans elle est sujette à l'oppression. Plusieurs fois elle a remarqué que ses jambes enflaient. Elle nous dit avoir fait, pour ce motif, deux séjours dans le service de M. le Dr Roussel, pendant l'hiver dernier. Nous cherchons, sans la retrouver (à ce moment), son observation, et nous en repreneons une autre nous-même.

La dyspnée et l'œdème ont augmenté depuis une huitaine de jours. Actuellement la malade, assez pâle, est en proie à une oppression assez vive et garde, au lit, la position assise. Rythme respiratoire régulier, mais très accéléré (48 respirations par minute). L'inspiration, très courte, est suivie d'une expiration sensiblement plus longue.

Poumons. — Sonorité et vibrations partout bien conservées. Quelques râles de bronchite sur toute la hauteur. Pas de râles fins en aucune région.

Cœur. — Accéléré, mais régulier. Choc précordial faiblement perçu. On parvient à sentir la pointe du cœur, dans le 6^e espace, à un travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire :

A l'auscultation : rythme à trois temps très net (bruit de galop).
Pas de souffle sur aucun point.

Pouls régulier, un peu petit = 112.

Jugulaires un peu dilatées, bien visibles sous la peau ; mais pas de pouls veineux.

Anasarque. — OEdème blanc et mou, très prononcé jusqu'à la racine des cuisses, moins évident sur la paroi abdominale ; pourtant l'empreinte des doigts persiste aussi dans cette région.

Abdomen relativement souple. Pas de circulation collatérale. Sur la ligne médiane et dans le décubitus dorsal, matité depuis le pubis jusqu'à 6 centimètres au-dessus. Déplacement très net des zones de matité dans les décubitus latéraux. Sensation de flot.

Foie. — Sur la verticale mamelonnaire, matité depuis la cinquième côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Dans le décubitus dorsal, la palpation profonde (car le foie est assez éloigné de la paroi) permet de reconnaître le bord inférieur à quatre travers de doigt (8 centim.) au-dessous des fausses côtes. Après une série de tâtonnements, on obtient le choc hépatique un peu en dedans de la verticale mamelonnaire. Il confirme les résultats donnés par la palpation ordinaire et démontre que le bord inférieur du foie est bien à la place qu'on lui assignait de par la palpation proprement dite.

Dans le décubitus latéral droit le choc hépatique n'est pas obtenu d'emblée. En insistant, on finit par l'obtenir, dans certaines expirations, moins nettement toutefois que dans le décubitus dorsal.

Au toucher vaginal on trouve un col à peine saillant, par suite de la dépression des culs-de-sac. L'utérus est très mobile.

Urines. — Limpides. L'acide azotique y donne un abondant précipité d'albumine.

Température. — Normale.

1^{er} juin 1901 : Mêmes signes qu'hier pour l'examen du foie. On note, en outre, que, dans le décubitus latéral gauche, le foie devient plus accessible à la palpation ordinaire. Dans cette position, on essaye vainement d'obtenir le choc hépatique.

14 juin : Sous l'influence du repos, du régime et du traitement (digitale, puis sulfate de spartéine), l'albuminurie a cessé. Persistance du bruit de galop. L'œdème a diminué : on n'en trouve plus au niveau de la paroi abdominale. Diminution de l'ascite. Sur la ligne médiane et dans le décubitus dorsal, la limite supérieure de la matité passe à 4 centimètres seulement au-dessus du pubis. La sensation de flot est à peine soupçonnée. Pas de choc hépatique dans cette position. On ne le perçoit pas davantage dans le décubitus sur le côté gauche. Au contraire, en faisant coucher la malade sur le côté droit, on obtient le choc sur la verticale mammelonnaire et un peu en dehors. Le foie présente les mêmes dimensions que précédemment.

C'est seulement le 20 juin que, par hasard, nous constatons l'identité de cette observation avec une autre qui nous avait été communiquée, dans les premiers jours de mai, par notre maître, avec toute la série d'observations que nous publions. Cette observation, où la malade portait un prénom différent (C. M., au lieu de C. J.), et où le nom était orthographié différemment, avait été prise par notre prédécesseur, M. Belbèze. Dans cette observation, comme dans la nôtre, le choc hépatique est signalé à deux reprises (15 janvier et 25 février 1901), ainsi que le signe de Tripiër. On y assigne au foie les mêmes dimensions (bord inférieur à quatre travers de doigt, au-dessous des fausses côtes). L'observation est muette sur les signes classiques de l'ascite, et nous le regrettons, mais notre collègue nous affirme, verbalement, que ces signes faisaient défaut.

Dans tous les cas, nous croyons intéressant de signaler ces détails; ils montrent que, sur le même sujet, et dans un cas d'ascite peu abondante, le choc hépatique a été constaté, à quatre mois d'intervalle, par deux observateurs différents.

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

MYOCARDITE CHRONIQUE. — BRONCHITE CARDIAQUE. — CONGESTION DU FOIE ET DES REINS. — ASCITE LÉGÈRE.

S. M..., 56 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1901. Elle a fait, à l'hôpital, il y a plusieurs années, trois ou quatre séjours pour des affections dont l'interrogatoire ne peut faire soupçonner la nature. Elle nie tout excès alcoolique; buvait, dit-elle, moins d'un litre de vin par jour; pas de liqueurs.

Depuis quatre mois, elle tousse, et se sent oppressée. Elle aurait craché, il y a une quinzaine de jours, un peu de sang noirâtre, épais, non spumeux.

Poumons. — Sonorité partout normale. Râles de bronchite sur toute la hauteur des deux poumons; aux deux bases; il s'y joint quelques râles sous-crépitaux, plus fins. Pas de râles fins au niveau des fosses sus et sous-épineuses.

Cœur. — Pas de bruits anormaux, mais rythme très irrégulier. Pas de faux-pas du cœur; toutes les pulsations cardiaques sont perçues à la radiale. Pas de dilatation des jugulaires. Léger œdème pré-tibial, demandant à être recherché.

Abdomen. — Souple, sonore sur la ligne médiane, *jusqu'au pubis*. A la partie la plus déclive des deux flancs, submatité légère, qui disparaît par le décubitus de la malade sur le côté opposé. Pas de sensation de flot. Pas de réseau veineux sous-cutané.

Foie. — La matité hépatique commence en haut à la sixième côte. La sonorité reparaît immédiatement au-dessous du rebord costal, mais la palpation ordinaire permet de reconnaître que la percussion est en défaut. Par ce procédé, on sent le bord inférieur du foie à 3 cent. 1/2 au-dessous des fausses côtes, sur la verticale mamelonnaire. En outre, on perçoit le choc hépatique par dépression brusque, mais légère, de la paroi et dans l'hypochondre droit seulement pourvu qu'on ait soin de faire incliner un peu la malade du côté droit. Dans cette position on perçoit le choc hépatique

sur une largeur de 6 centimètres environ et sur une horizontale dont le milieu passerait par la verticale mamelonnaire.

Dans le décubitus dorsal le choc hépatique n'est pas perçu, pas plus que dans le décubitus latéral gauche.

Toucher vaginal. — Utérus très mobile. Col sain, à peine saillant au milieu des culs-de-sac abaissés et très souples.

Urines. — Contiennent un peu d'albumine.

Température. — 37°8 le soir de l'entrée.

21 juin : Amélioration de l'état général. La dyspnée est moindre.

Cœur. — Toujours irrégulier. Pas de souffle à la pointe, ni à la base.

Poumons. — Rien à signaler en avant.

En arrière, pas de râles, sauf à la base gauche où, à la fin des grandes inspirations, on entend quelques râles assez fins.

Examen du foie. — Mêmes dimensions que précédemment. Choc hépatique toujours perçu dans le décubitus latéral droit, mais avec moins de netteté que lors du premier examen, et sur une moindre étendue. La respiration, qui est tranquille, et non du type abdominal, n'influe par sur la netteté de perception du choc. Comme précédemment, le choc n'est perçu ni dans le décubitus dorsal, ni dans le décubitus latéral gauche.

La malade étant légèrement inclinée sur le côté droit, on trouve de la matité, à droite, au-dessous d'une ligne passant à 1 cent. en arrière d'une verticale qui partirait de l'épine iliaque antéro-supérieure.

1^{er} juillet : L'état de la malade continue à s'améliorer.

Actuellement, le choc hépatique ne peut plus être senti dans aucune position,

Même dans les décubitus latéraux, il est impossible de trouver la plus légère submatité sur le flanc déclive.

OBSERVATION XV

(Personnelle).

PLEURÉSIE DE LA BASE DROITE, AVEC LÉGER ÉPANCHEMENT. —
SYMPHYSE CARDIAQUE. — INSUFFISANCE MITRALE.

D. M., 13 ans, écolier, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1901.
Père vivant, en bonne santé. Mère morte de la fièvre typhoïde,
ainsi qu'une de ses sœurs, à dix jours d'intervalle. Deux autres
sœurs bien portantes.

Personnellement : il y a deux ans, violente attaque de rhu-
matisme articulaire aigu. En même temps, affection de l'appa-
reil respiratoire, que l'enfant a entendu qualifier de bronchite.
Les douleurs articulaires ne se sont pas reproduites depuis
lors. Mais l'enfant n'a jamais complètement cessé de tousser et
a toujours été oppressé.

Depuis un mois, aggravation de ces derniers symptômes.
Depuis huit jours à peine, il s'y est joint un point du côté droit
du thorax, ayant son maximum sous l'aisselle.

Actuellement, la dyspnée est évidente ; l'enfant garde au lit
la position assise. Rythme respiratoire régulier, mais accéléré
(36 respirations par minute). Visage un peu pâle dans son
ensemble, quoiqu'il existe, au niveau des pommettes, une rou-
geur légère.

Appareil respiratoire. — En arrière, voussure très pro-
noncée du côté droit de la base du thorax. Ce côté se soulève
beaucoup moins que le gauche. Les derniers espaces intercos-
taux du côté droit se dépriment assez fortement pendant l'ins-
piration.

Vibrations thoraciques presque abolies à la base droite. Au
sommet et à la partie moyenne, elles sont à peu près égales
des deux côtés.

A la percussion, à la base droite, matité hydrique, remontant
jusque vers la huitième apophyse épineuse dorsale. Au-dessus,
on trouve seulement de la submatité qui fait place insensible-
ment à la sonorité franche (fosses sus et sous-épineuses). Du
côté gauche, la sonorité est bien conservée sur toute la hauteur.

La percussion unguéale est douloureuse à la base droite, sur la zone mate.

A l'auscultation, on entend, sur toute la hauteur des deux poumons, de gros râles de bronchite ; on en perçoit aussi quelques-uns sur la moitié supérieure du poumon droit. En outre, à la base droite, le murmure vésiculaire est beaucoup plus obscur qu'à gauche, au même niveau. Au niveau du tiers moyen du poumon droit, souffle ayant son maximum vers l'angle inférieur de l'omoplate, aigre, existant aux deux temps. Au même niveau, voix de jeton, pectoriloquie aphone.

.En avant : sonorité normale au sommet gauche. Son skodique immédiatement au-dessous de la clavicule droite. Du côté droit, la percussion donne de la sonorité jusqu'à un travers de doigt au-dessous du mamelon.

Respiration puérile sur toute la hauteur du côté droit. Pas de râles ni de frottements.

Sensation de flot nettement perçue à l'extrême base, du côté droit.

Cœur. — Battements très énergiques, visibles sur une large surface. Dans le décubitus dorsal, la pointe bat dans le septième espace, à deux travers de doigt en dehors de la verticale mamelonnaire. Elle reste à la même place quand le malade change de position (décubitus latéraux). Pendant la systole, on voit se déprimer le cinquième, et surtout le sixième espace, sur une assez grande surface.

A l'auscultation : gros soufflé holosystolique, très grave, ayant son maximum à la pointe, se propageant dans l'aisselle, entendu jusque dans le dos. Il est encore perçu à la base, mais avec une intensité beaucoup moindre. Pas de dédoublement du deuxième bruit.

Pouls très régulier, assez énergétique, 120 à la minute. Jugu laires à peine visibles sous la peau.

Examen de l'abdomen. — L'abdomen n'est pas augmenté de volume. Il est sonore jusqu'au pubis, ainsi qu'à la partie déclive des flancs. Pas de sensation de flot. La paroi, assez souple sur l'hypogastre, est, au contraire, assez tendue dans la partie située au-dessus de l'ombilic.

Foie. — Sur la verticale mamelonnaire, la matité commence, en haut, à 2 cent. au-dessous du sein, et se continue, en bas,

jusqu'à 7 cent. au-dessous du rebord costal. Par la palpation, on sent le bord inférieur à 9 cent. environ au-dessous de ce rebord. Pas de choc hépatique, dans aucune position du malade.

La rate n'est accessible ni à la percussion ni à la palpation.

Urines. — Pas d'albumine.

Température. -- 38° le soir de l'entrée.

11 juin : Aggravation de l'état général. L'épanchement pleural paraît avoir augmenté en arrière, la matité remonte jusqu'au niveau de la sixième apophyse épineuse dorsale.

Cœur. — Toujours régulier. Mêmes signes physiques.

OEdème des membres inférieurs, de la paroi abdominale.

Signes d'ascite légère : matité à la partie déclive des deux flancs ; sur la ligne médiane, c'est à peine si le son est obscur sur une hauteur d'un à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

Le malade étant légèrement incliné sur le côté droit au moment de l'examen, on parvient à obtenir, dans cette position, le choc hépatique sur la verticale mamelonnaire. Le choc n'est par perceptible dans le décubitus dorsal.

20 juin : L'enfant étant assis, la limite supérieure de la matité passe à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Déplacement de la matité dans les changements de position du malade.

Le foie paraît avoir augmenté de volume depuis le premier examen. Par la palpation ordinaire, on peut localiser son bord inférieur à 10 centimètres au-dessous du rebord costal, sur la verticale mamelonnaire.

Dans le décubitus latéral droit (c'est encore dans cette position que nous trouvons le malade couché), le choc hépatique s'obtient avec la plus grande facilité, à partir d'une ligne passant à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane, jusqu'à un travers de doigt en dehors de la verticale mamelonnaire droite. Le moindre attouchement un peu brusque le fait apparaître. La respiration lui fait subir des variations constantes, il est plus net pendant l'expiration.

L'état grave du malade empêche un examen plus approfondi et, notamment, la recherche de la variation que subirait le choc hépatique dans le décubitus dorsal.

22 juin : L'enfant quitte le service, emmené par son père, mal-

gré l'avis contraire du chef de service. Nous avons su qu'il était mort chez lui, le lendemain.

OBSERVATION XVI

(Personnelle).

ARTÉRIO-SCLÉROSE. — INSUFFISANCE ET RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE. — INSUFFISANCE MITRALE. — OEDÈME PULMONAIRE. — NÉPHRITE CHRONIQUE — PAS DE CHOC HÉPATIQUE A L'ENTRÉE. — CHOC HÉPATIQUE APRÈS UN MOIS ET DEMI DE SÉJOUR DANS LE SERVICE.

R. A..., 59 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mai 1901.

Les parents sont morts d'affections inconnues. Rien d'intéressant dans ses autres antécédents familiaux.

Personnellement, ne se rappelle pas de maladies aiguës dans son enfance. Il y a 25, ans attaque de rhumatisme articulaire, qui dura un mois. Le malade n'en a pas eu d'autres depuis lors. Il buvait environ deux litres de vin par jour, quelques petits verres de liqueur tous les jours.

Au début de l'hiver dernier, il s'est mis à tousser. A la toux s'est jointe, depuis un mois environ, une oppression d'intensité variable, avec paroxysmes surtout nocturnes.

Actuellement, il paraît très peu oppressé, au moment où nous l'examinons. Les pommettes sont assez fortement colorées. Le facies n'est pas mauvais, pas sérieusement amaigri.

Cœur. — La pointe est difficile à localiser par la palpation. Choc précordial faiblement perçu.

A l'auscultation : rythme régulier. Au foyer mitral : souffle holosystolique, assez doux, se propageant nettement vers l'aisselle ; deuxième bruit bien frappé, non dédoublé.

Au foyer aortique : double souffle, à la fois systolique et diastolique. L'un et l'autre ont un timbre assez doux. La propagation vers l'articulation sterno-claviculaire droite n'est pas nette. En revanche, les deux souffles se propagent nettement en bas, vers l'appendice xiphoïde.

En suivant une droite qui unirait le foyer aortique au

foyer mitral on constate que le souffle systolique, après s'être atténué au niveau de la région mésocardiaque, se renforce de nouveau lorsqu'on arrive à la pointe.

Pas de battements violents des carotides. Pas de pouls unguéal.

Au niveau de la fémorale, on peut obtenir le double souffle de Duroziez. Le deuxième souffle est sensiblement moins fort que le premier ; pourtant, on arrive à le bien percevoir.

Pouls non typique, quoique plutôt fort et un peu brusque, régulier, — 92.

Battements de la radiale et de la cubitale bien visibles au poignet. Mais ces artères ne font pas saillie sous la peau, ne roulent pas sous le doigt.

Léger œdème pré tibial, appréciable seulement par une assez forte pression du doigt.

Poumons. — Sonorité diminuée aux deux bases, à la gauche surtout. Au même niveau, diminution des vibrations thoraciques ; aux deux temps, bouffées de râles fins, semblant éclater dans du liquide. Pas de souffle.

Foie. — La matité hépatique commence, en haut, au niveau de la sixième côte. En bas, elle se continue jusqu'à 9 centimètres au-dessous du rebord costal. Par la palpation, on sent le foie directement sous la paroi. Pas de choc hépatique, dans aucune position du malade.

La rate ne paraît pas augmentée de volume.

Aucun signe d'ascite. Sonorité jusque dans les parties les plus déclives des flancs.

Urines. — Contiennent une notable quantité d'albumine,

Température. — 38°2 le soir de l'entrée.

30 juin : Depuis hier, exagération considérable de la dyspnée. Le rythme respiratoire est régulier, non comparable à celui de Cheyne-Stokes. Toutefois, comme dans ce dernier, on constate parfois de véritables arrêts de la respiration. Obscurité aux bases pulmonaires. Quelques râles fins dans l'inspiration. Quelques crachats nummulaires, sales, d'un brun clair.

Auscultation du cœur gênée par l'intensité de la dyspnée.

Pouls petit, régulier, très rapide : 142.

Foie. — La matité descend à un travers de main au-dessous du rebord costal. Sur la ligne mamelonnaire, elle mesure

20 cent. La sonorité reparait à deux travers de doigt au-dessus du bord inférieur.

Au moment où on commence à l'examiner, le malade est légèrement incliné sur le côté droit. Flanc gauche absolument sonore. Sur la ligne médiane : matité sur une hauteur de deux travers de doigt au-dessus du pubis. Le foie remplissant une grande partie du flanc droit, il est difficile d'apprécier la matité ascitique dans ce flanc. Pourtant, on en obtient d'une façon évidente, sur une ligne joignant le bord inférieur du foie à l'épine iliaque antéro-supérieure, et au-dessous de cette ligne, mais pas au-dessus.

Dans cette position (inclinaison sur le côté droit), on sent très nettement le choc hépatique sur une grande étendue, sans effort, sans pression forte. On l'avait, depuis l'entrée du malade, recherché sans résultats à plusieurs reprises, et notamment il y a une semaine environ. Le foie est, d'ailleurs, accessible également à la palpation ordinaire.

Dans le décubitus dorsal, le choc hépatique est difficilement perceptible; le foie est senti plus directement sous la paroi.

Pas de sensation de flot, mais le moindre attouchement de la paroi détermine, au-dessous de l'ombilic, une ondulation extrêmement curieuse.

B. — Observations où le choc hépatique n'a pas été constaté.

OBSERVATION XVII

CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE BILIAIRE. -- PAS DE CHOC HÉPATIQUE

C. J..., 53 ans, journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 mars 1893.

Père mort d'une maladie indéterminée, à 83 ans. Mère morte sans doute de tuberculose pulmonaire.

Personnellement : bonne santé antérieure. Entre 19 et 20 ans, attaque de rhumatisme, il n'en a plus eu depuis lors, il nie la syphilis.

Il prétend être très sobre en matière de boissons alcooliques ; n'avoue qu'un demi-litre à chaque repas ; jamais d'absinthe ; seulement un petit verre d'eau-de-vie, le matin, dans une tasse de café.

Pas de tremblement alcoolique.

Il y a une quinzaine de jours, il s'est aperçu que, le soir, ses jambes enflaient. Cette enflure s'est installée bientôt d'une façon définitive.

C'est le premier et le seul symptôme qui ait frappé le malade et c'est pour cet œdème des jambes qu'il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — L'état général paraît assez bon. Teinte subictérique très légère des conjonctives.

L'abdomen n'est ni volumineux, ni tendu. Aucun signe d'ascite. Pas de circulation complémentaire. Paroi flasque) rendant la palpation facile.

Foie. — Dépasse fortement le rebord costal. Son bord inférieur, qu'on sent facilement, répond à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Pas de choc hépatique.

Par la palpation, on peut constater aussi que le foie est dur, mais la forme est conservée ; le bord est toujours tranchant.

Rate. — Volumineuse. La malité splénique s'étend au-dessous du rebord costal, jusqu'à 5 travers de doigt environ. On peut la sentir par la palpation.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace sur la ligne mamelonnaire.

Les deux bruits sont nets, bien frappés. L'auscultation des divers foyers ne révèle aucun souffle.

Rien aux poumons.

Urines. — Rouges et foncées. Par l'acide nitrique on obtient la réaction de Gmelin.

21 mai : Il sort amélioré au point de vue de la digestion, mais il persiste un peu d'ictère. Le foie et la rate ont conservé leur volume.

2 octobre : Le malade rentre dans le service. Cette fois, l'ictère est beaucoup plus accusé, l'état général peu satisfaisant.

Foie toujours volumineux, ainsi que la rate. Toujours pas de choc hépatique.

12 février 1894 : *Autopsie*. Pas de liquide dans le péritoine.

Foie, dur, lisse, volumineux. Il pèse un peu plus de 2 kilogrammes.

Rate. — Volumineuse, pèse environ 525 grammes.

OBSERVATION XVIII

HÉMIPLÉGIE GAUCHE ANCIENNE. — NÉOPLASME DE L'ESTOMAC. — DÉGÉNÉRESCENCE SECONDAIRE DU FOIE. — PAS DE CHOC HÉPATIQUE.

C. J..., 62 ans, passementier, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1891.

A signaler dans les antécédents héréditaires que sa mère est morte absolument cachectique, après deux ans de maladie, et vomissant tous les aliments qu'elle ingérerait.

Personnellement, pas d'excès alcooliques notables, nie la syphilis

L'hémiplégie dont le malade est atteint aurait débuté, il y a quinze ans, au cours du sommeil. Un matin, le malade se serait réveillé paralysé de tout son côté gauche. Actuellement encore la force musculaire est très diminuée de tout ce côté-là.

Au mois de décembre dernier, apparition d'œdème des membres inférieurs. En même temps, après les repas, survenaient fréquemment des nausées, immédiatement suivies du rejet des aliments ingérés. Anorexie. Amaigrissement considérable depuis trois ou quatre mois. Pas de teinte jaune paille.

Ne tousse pas.

Les artères radiales sont dures, sinueuses. Le pouls est fort, régulier.

Sonorité normale à la percussion du thorax. Quelques râles muqueux aux deux bases.

Le malade accuse des douleurs au niveau du creux de l'épigastre, s'irradiant vers le thorax, mais surtout à gauche.

Foie. -- La matité hépatique dépasse d'un travers de doigt, la région des fausses côtes.

13 juin : Le foie descend à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

En deux endroits différents, il semble qu'on perçoive une bosselure, à droite et à gauche, au-dessus de l'ombilic. Pas de choc hépatique.

Un peu d'œdème au niveau des jambes, des cuisses, de la paroi abdominale.

La rate n'est accessible ni à la percussion, ni à la palpation.

Urines. — Pas d'albumine.

Pas de ganglions axillaires ni inguinaux.

L'observation ne parle pas des signes de l'ascite.

7 juillet : Le foie a encore augmenté de volume. Son bord inférieur passe à 1 cent. au-dessous de l'ombilic. Il vient se perdre sous les fausses côtes gauches, à 5 cent. en dehors de la ligne mamelonnaire.

La rate ne paraît participer en rien à la constitution de cette tumeur.

Pas de signes d'ascite.

Pas de choc hépatique.

Petits ganglions dans l'aisselle gauche. On n'en sent pas au-dessous de la clavicule, ni au niveau des aines.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace. Bruits normaux, très réguliers.

15 août : *Autopsie.* — Cancer de l'estomac, au niveau de la grande courbure.

Foie. — Très volumineux, pesant 3 kilos 800. Il est farci de noyaux cancéreux secondaires.

Pas de liquide dans le péritoine.

L'observation est muette sur les lésions du système nerveux qui ont pu motiver l'hémiplégie.

OBSERVATION XIX

ANCIEN NÉOPLASME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — NÉOPLASME
SECONDAIRE DU FOIE. — PAS DE CHOC HÉPATIQUE.

F. L..., 60 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, le 21 août 1900.
Renseignements obscurs sur les antécédents héréditaires.
Un frère et une sœur en bonne santé.

Personnellement, elle ne se rappelle aucune maladie antérieure, sauf une affection intestinale, de nature indéterminée, il y a vingt ans. La malade en était bien guérie.

Il y a trois ans, apparition, au niveau de la joue droite, d'une tuméfaction peu douloureuse, mais qui, augmentant rapidement de volume, nécessita bientôt la résection partielle du maxillaire supérieur. Depuis lors, la malade n'a plus souffert de ce côté.

Il y a cinq ou six mois, apparition de douleurs sourdes, puis de plus en plus vives; vers l'hypochondre droit. Peu de temps après, la malade remarqua, dans la même région, la présence d'une grosseur. Depuis lors, elle a beaucoup maigri.

La malade nous arrive d'un service de chirurgie où elle a subi une laparotomie exploratrice. Nous savons par les internes de ce service, qu'on a refermé l'abdomen aussitôt après l'avoir ouvert.

L'abdomen n'est pas augmenté de volume dans son ensemble; mais l'hypochondre droit paraît un peu plus saillant que le gauche. A la palpation, on sent tout l'hypochondre droit occupé par une masse dure. En haut, elle paraît se continuer sous le rebord costal. En bas, on sent le bord inférieur à peu près sur une horizontale passant par l'ombilic; mais ce bord s'abaisse un peu de dedans en dehors.

Immédiatement à gauche de l'ombilic, petit noyau induré, saillant sur l'ensemble de la masse. Plus à gauche, le bord inférieur se relève et va disparaître vers le 9^e cartilage costal gauche.

Sur toute la surface de la tumeur, submatité contrastant avec la sonorité du reste de l'abdomen.

La rate n'est appréciable ni par la palpation, ni par la percussion.

Urines. — Pas d'albumine.

Cœur. — Régulier. Léger souffe mésosystolique, manifestement extra-cardiaque.

Rien aux poumons.

Température normale.

23 août. — L'hypogastre, la fosse iliaque droite, tout le flanc gauche, sont très sonores. Il ne paraît pas exister d'ascite.

Le foie est senti directement sous la paroi. Pas de choc hépatique.

Au niveau de la joue droite, dépression brusque et profonde au-dessous de la bosse canine. Il ne semble pas exister, à ce niveau, de récidive osseuse. Mais il semble que, à la pression entre deux doigts, on sente un petit noyau cutané.

3 octobre : Autopsie. Foie volumineux, bosselé, pesant un peu plus de 2 kilog. Il contient un assez grand nombre de noyaux cancéreux.

Pas de néoplasme de l'estomac.

Pas d'ascite.

CONCLUSIONS

I. — Les procédés habituellement employés pour l'exploration physique du foie ne suffisent pas toujours à rendre un compte exact de son volume, surtout en cas d'ascite.

II. — Nous avons appelé *choc hépatique* la sensation de contact avec le foie, obtenue par dépression brusque de la paroi abdominale. Dans cette exploration, les doigts jouent un rôle actif, comme dans la recherche du choc rotulien et non pas seulement un rôle passif, comme dans celle du ballotement fœtal.

III. — Les conditions qui permettent d'obtenir le choc hépatique dépendent de trois facteurs :

1^o *Le foie* qui doit dépasser le rebord costal, et présenter une consistance un peu dure.

2^o *La paroi*, qui doit être souple.

3^o *Le liquide* : c'est dans le cas d'ascite moyennement abondante que le phénomène est le plus facilement perçu.

IV. — Dans les cas d'ascite abondante, la recherche du choc hépatique est souvent le seul moyen de savoir si le foie dépasse, ou non, le rebord costal.

V. — Dans les cas d'ascite douteuse, le choc hépatique n'est pas constant, même si le foie dépasse le rebord costal. Mais sa constatation en pareil cas, permet d'affirmer la présence du liquide dans la cavité péritonéale.

VI. — La recherche du choc hépatique peut donc être utile :

1^o Au diagnostic, et parfois au pronostic des maladies du foie ;

2^o Au diagnostic de l'ascite.

VU :

Le Président de la Thèse,
TEISSIER.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 juillet 1901.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université.
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

BARD. — *Lyon Médical*, 1895.

BRUHL. — Manuel de Médecine de Debove et Achard, article :
Ascite.

CHAUFFARD. — Traité de Pathologie générale de Bouchard,
tome V, et Traité de Médecine de Charcot-Bouchard,
tome III.

DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne.

FAURE. — L'appareil suspenseur du foie. — L'Hépatoptose et
l'hépatopexie, Thèse de Paris, 1892.

FRANÇON. — Etude sur les hépatites chroniques alcooliques, et
leur curabilité. Thèse de Lyon, 1888.

FRERICHS. — Traité des maladies du foie (1877).

GILBERT et FOURNIER. — Traité de Médecine et de Thérapeutique
de Brouardel, Gilbert et Girode, tome V.

GLÉNARD. — *Lyon Médical*, 1887.

HANOT et GILBERT. — *Société Médicale des Hôpitaux*,
23 mai, 1890.

KLÉE. — Moyens de reconnaître certaines altérations du foie
(*Union Médicale*, 1863).

LABADIE-LAGRAVE. — Traité des maladies du foie (1892).

LAVERAN et TEISSIER. — Manuel de Pathologie interne.

LASÈGUE et GRANCHER. — Technique de la percussion et de
l'auscultation, à l'usage des étudiants en médecine (1882).

LÉTIENNE. — Manuel de Diagnostic Médical de Debove-Achard.

MOUISSET. — De la sensation de flot dans les épanchements
pleuraux. Thèse de Lyon, 1887.

- MURCHISON. — Traité de palpation et de percussion.
RENDU. — Dictionnaire de Dechambre, art. *Foie*.
SKODA. — Traité de percussion et d'auscultation (1854).
TESTUT. — Traité d'Anatomie humaine.
R. TRIPIER. — *Lyon Médical*, 1886.
WOILLEZ. — Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation (1879).
Z. KAHN. — Etude sur la régénération du foie dans les états pathologiques. Thèse de Paris, 1897.
-

